



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Změna sociálního statusu
u jedince se změněnou motorikou po úraze

The Change of the Individual's Social Status with Changed Motoric
after an Injury

Katedra učitelství

Sociální pedagogika

Prezenční forma studia

Vedoucí práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Autor:

Gabriela Ščotková

PRAHA, 2007

Poděkování

Děkuji RNDr. J. Leontovyčové, CSc. za odborné rady, za ochotu vést moji bakalářskou práci a za vstřícnost kdykoliv mi poskytnout potřebné konzultace.

Mé poděkování patří také pracovníkům a klientům Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích za poskytnutí veškerých informací a za zázemí pro téma mé práce.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma

„Změna sociálního statusu u jedince se změněnou motorikou po úrazu“

jsem vypracovala samostatně. Použitou literaturu a všechny podkladové materiály uvádím v přiloženém seznamu použité literatury.

V rámci zachování ochrany osobních dat neuvádím jména osob v praktické části a jsem si vědoma všech následků, které mohou vzniknout porušením tohoto prohlášení.

V Praze dne 26. července 2007

.....

podpis

ANOTACE

Ve své práci bych se chtěla zaměřit na to, jak se člověk adaptuje na nově vzniklé motorické postižení po úraze. Pomocí cílených rozhovorů a kazuistik budu zjišťovat, za jakých okolností k postižení došlo, jakými psychickými fázemi po úraze člověk procházel, jak se změnil jeho vztah k ostatním lidem, k vlastní rodině i k sobě samému.

Také se zaměřím na to, jak zvládají postižení lidé svůj handicap v ústavu sociální péče pro tělesně postižené a naopak, jak své postižení zvládají lidé v domácím prostředí.

Klíčová slova: handicap, sociokulturní status, socializace, psychická adaptace, sociální práce, osobní asistence, ústav sociální péče pro tělesně postižené.

ANNOTATION

In my bachelory thesis, I would like to concentrate on individual's adaptation to secondary motoric handicap after an injury. With the help of casuistries and structured interviews I will try to find out under what circumstances the handicap had occurred, what the mental conditions of the handicapped are and how their relation to other people, to their own family and to them themselves have changed.

I also would like to focus on adaptation of handicapped people in the institution of social care and as well how handicapped manage to adapt in family environment.

Key words: handicap, social-cultural status, socialization, mental adaptation, social work, personal assistance, institution of social care for handicapped people.

MOTTO

„Je jenom jedna cesta za štěstím, a to přestat se trápit nad tím, co je mimo naši moc.“

Epictetos

OBSAH:

1. ÚVOD.....	9
2. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
2.1. Základní pojmy problematiky zdravotně postižených	11
2.1.1. Handicap	11
2.1.2. Hledisko handicapu.....	11
2.1.3. Zdravotní postižení	12
2.1.4. Invalidita	12
2.1.5. Defektivita	13
2.1.6. Rehabilitace	13
2.1.7. Deprivace	14
2.1.8. Paraplegie.....	14
2.1.9. Kvadruplegie.....	14
2.2. Historie přístupu společnosti k různým formám postižení	15
2.2.1. Závislost vývoje kultury na přístupu k postiženým	15
2.2.2. Typy postojů společnosti k postiženým na různých úrovních vývoje lidské společnosti a v různých kulturách.....	15
2.2.3. Vztah k postiženým jako výraz tolerance k odlišnosti	17
2.3. Sociokulturní status handicapovaného člověka	18
2.3.1. Postoje společnosti k postiženým lidem	18
2.3.2. Socializace postiženého člověka.....	19
2.3.3. Vztah postiženého člověka s rodiči	20
2.3.4. Vztah postiženého člověka s vrstevníky a přáteli	20
2.3.5. Partnerská role	21
2.3.6. Profesní role postiženého člověka	21
2.3.3. Rodičovství	22
2.4. Psychická adaptace na získané postižení	23
2.4.1. Psychologická charakteristika pohybově postižených	23
2.4.2. Fáze zvládání získaného postižení	24
2.5. Sociální práce s tělesně postiženými	25
2.5.1. Sociální práce jako nástroj proti sociálnímu vyloučení	25
2.5.2. Nezávislý způsob života tělesně postižených	25
2.5.3. Sociální rehabilitace.....	27
2.5.4. Odhad počtu zdravotně postižených v ČR.....	28
2.6. Osobní asistence	29
2.6.1. Definice osobní asistence.....	29
2.6.2. Popis osobní asistence	29
2.6.3. Typy osobní asistence	30
2.6.4. Osobní asistent	31
2.6.5. Předpoklady osobního asistenta	31
2.7. Legislativa.....	33
2.7.1. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením	33
2.7.2. Deklarace práv zdravotně postižených osob	34
2.7.3. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	34
2.7.4. Sociální služby	35
3. PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1. Ústavy sociální péče pro tělesně postižené	37
3.1.1. Poslání ústavů sociální péče pro tělesně postižené	37
3.1.2. Služby poskytované v ústavech sociální péče	37
3.1.3. Klienti ústavů pro tělesně postižené	38
3.2. Řízené rozhovory s klienty Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích.....	39

3.2.1. Cílová skupina	39
3.2.2. Metody práce s klienty.....	39
3.2.3. Časové rozvržení rozhovorů	39
3.2.4. Případová studie A	40
3.2.5. Případová studie B	43
3.2.6. Případová studie C	46
3.3. Řízené rozhovory s handicapovanými jedinci, kteří žijí v domácím prostředí	48
3.3.1. Cílová skupina	48
3.3.2. Metody práce	48
3.3.3. Časové rozvržení rozhovorů	48
3.3.4. Případová studie D	49
3.3.5. Případová studie E	53
3.3.6. Případová studie F	56
4. ZÁVĚR	59
SUMMARY	
SEZNAM POUŽITÝCH MATERIÁLŮ	
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
DMO	dětská mozková obrna
MP	mentálně postižení
RS	roztroušená skleróza
soc.	sociální
TP	tělesně postižení
tzn.	to znamená
ÚSP	ústav sociální péče (nyní Poskytovatel sociálních služeb)
VŠ	vysoká škola



1. ÚVOD

V České republice přibývá každý rok více než 200 lidí, kteří se po poškození míchy při úrazu nebo onemocnění mohou pohybovat jen pomocí ortopedického vozíku. Aby mohli žít dál nezávislým a aktivním životem, musí mít zajištěnou zdravotní péči, sociální podporu a podmínky pro všestranné zapojení do života společnosti.

Někdy stačí pouhý okamžik, jen nepatrný zlomek času a všechny dosavadní plány, tužby i naděje leží v troskách. Nad bezvládným tělem se sklání tým lékařů, který se nejprve snaží obnovit všechny životní funkce, pak alespoň některé. Zvednout ruku, promluvit, pohnout nohama. Den po dni, týdny, měsíce, někdy i roky, ale usilovná snaha nepřinese toužený výsledek. Na lůžku stále leží pacient, který ztroskotal, který po mnohých zákrocích i operacích uslyší konečné slovo: „Člověče, nebudeš chodit, nepohneš rukama, řeč ti bude odepřena.“ Nikdo není tak silný, aby takový ortel bez problémů unesl. Následuje těžké období, kdy víra odešla a načas zakotvila beznaděj. Kudy ven? Podpůrné berličky v podobě polykaných prášků? Alkohol? Nebo dokonce sebevražda? Dlouho trvá, než postižený zvedne hlavu, než ze sebe doslova „vyždímá“ lidskou statečnost.

„Sebevražda? Ublížím rodině. Alkohol otupí jen na chvíli a žádná tabletka moji dřívější hybnost nevrátí. Musím sám. Musím se smířit, ale aktivně smířit!“ Dobře je tam, kdy se přimknou k fyzické i psychické podpoře rodiče, děti, manžel, manželka, partner, partnerka i přátelé. Člověk tu těžkou zátěž nese sice bolestně, ale nenese ji sám. Už je statečný.

Pak jsou tu ještě ústavy sociální péče, rehabilitační zařízení, různé typy stacionářů, kde se setkáváme s jedinci s podobným postižením. S vůlí i bez vůle, jeden se učí od druhého a každý po svém se vrací zpátky. Zpátky do života. V Hořicích je Ústav sociální péče, který pečuje o tělesně postižené. Když jsem tam poprvé nastupovala na praxi, přicházela jsem s obavami. Jak mě přijmou? Jak se chovat? Ale po několika dnech jsem zjistila, že jsme k sobě našli cestu lidského porozumění. Dodnes tam chodím jako dobrovolník.

Po všech zkušenostech z ústavu a částečně i z domácího prostředí jsem se rozhodla napsat bakalářskou práci právě na téma „Změna sociálního statusu u jedince se změněnou motorikou po úraze“.



Ve své práci bych se ráda zaměřila na to, jak své postižení po úraze zvládají lidé v domácím prostředí a naopak jak jej zvládá člověk umístěný v ústavu sociální péče pro tělesně postižené. Domnívám se, že člověk, který žije po úraze v ústavu, má sice tu nejdostupnější zdravotnickou péči, ale zároveň může trpět citovou deprivací, chybí mu rodina a neadaptuje se tak rychle, jako člověk, který se po rekonvalescenci vrátí domů. Myslím si, že když se postižený vrátí domů a přichází do přátelského prostředí, může se stát, že začne trpět pocitem méněcennosti a zpočátku může být agresivní na své nejbližší, protože se trápí pro svůj nově vzniklý handicap. Dle mého názoru je adaptace v těchto dvou různých prostředí naprosto odlišná. U obou skupin těchto lidí se podle mě změní sociální status. V praktické části bych se chtěla zaměřit právě na tuto otázku.



2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Základní pojmy problematiky zdravotně postižených

2.1.1. Handicap

Handicap je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje ve Velké Británii kolem roku 1827 a pochází z prostředí dostihového sportu. Mnohem později se začal tento termín přeneseně i u lidí označovat jako zátěž, nevýhoda, znevýhodnění nebo překážka. Mluví se tedy vlastně o znevýhodnění osob oproti jiným osobám – většinou bez vlastního zavinění (dané genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími faktory sociálními a sociálně psychologickými).

2.1.2. Hledisko handicapu

a) Lékařské hledisko

Toto hledisko určuje příčiny, příznaky a projevy poruchy. Lékaři specifikují druh, formu a stupeň postižení, také stanovují pravděpodobnou prognózu (tzn. další možné vývoje poruchy – léčitelná, trvalá porucha nebo porucha s tendencí ke zhoršování). Lékařská terapie se zabývá samotným léčením, které může být medikamentózní, operativní nebo podpůrné.

b) Psychologické hledisko

Psychologické hledisko určuje úroveň psychických funkcí, možnosti psychického vývoje, sekundární následky poruchy, rozvoj osobnosti, jak se bude formovat sebepojetí handicapovaného a jak přijme svou novou roli. Handicapovanému se nabízí možnosti specifické psychoterapie.



c) Pedagogické hledisko

Tímto hlediskem se myslí zhodnocení individuálního stavu a potenciálu handicapovaného, zjištění úrovně vědomostí, dovedností a návyků. Pokud se jedná o handicapované dítě hovoří se o výchovných možnostech s ohledem na zvláštnosti potřeb, dále o systematické výchově a vzdělávání a o zařazení dítěte do speciálního typu zařízení poskytující výchovu a vzdělání. Zdravotně handicapované děti mnohdy nemají potřebné schopnosti a dovednosti, aby se ve skupině prosadily nebo získaly přijatelné postavení. Může pak dojít k opožděnému socializačnímu vývoji (Vágnerová, 2005, s. 329).

d) Sociální hledisko

Lze hovořit o zhodnocení sociálních vztahů, o možnosti normální komunikace a přiměřené socializaci. Důležité je utváření přirozeného sociálního prostředí.

2.1.3. Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je dlouhodobá nebo trvalá změna zdravotního stavu, která výrazně zhoršuje kvalitu života postižené osoby. Může být součástí chronického onemocnění, následkem vrozené vady, úrazy nebo nevyléčitelné choroby.

2.1.4. Invalidita

Invaliditou se rozumí dlouhodobá nebo trvalá neschopnost výkonu určitých činností způsobena narušením zdravotního stavu. Omezuje ekonomické, sociální a pracovní podmínky při výkonu zaměstnání. Rozeznává se invalidita plná a částečná. Osoby invalidní mají právní nárok na úplný nebo částečný invalidní důchod.



2.1.5. Defektivita

Defektivitou je myšlena porucha vztahů ke společnosti, související s jejich dynamičností, nedostatečná nebo odchylná adaptace na prostředí, momentální stav mající společenskou dimenzi. Týká se:

- změny ve schopnosti správného sebehodnocení
- narušení schopnosti seberealizace
- narušení pocitu identity
- změny v adekvátním vnímání reality
- změny v prožívání potřeb
- změny v hodnotovém systému
- změny v sociální adaptaci

2.1.6. Rehabilitace

Rehabilitace je myšlena jako návratná péče a souhrn postupů, jimiž se upravují sociální vztahy a možnosti sociálního uplatnění, navazuje na reedukaci a kompenzaci.

Komprehensivní rehabilitace – ucelená celistvá, globální rehabilitace.

- a) Léčebná rehabilitace - léčba medicínskými prostředky + fyzioterapie, léčba zprostředkovaná
- b) Výchovně vzdělávací rehabilitace - výchova a vzdělávání všeobecné, odborné, příprava na povolání, výchovné poradenství
- c) Pracovní rehabilitace - výchova k práci, kvalifikace osob se sníženou pracovní schopností, rozvoj vědomostí, dovedností, návyků v pracovním procesu
- d) Sociální rehabilitace - rozvíjení schopnosti sociální adaptace, upevnění pocitu soběstačnosti, sociální zajištění, bydlení, domácnost, doprava, hlavní životní náplň, využívání volného času
- e) Psychologická rehabilitace - formování správného sebepojetí, vyrovnaní se s postižením, rozvoj motivace, duševní hygiena
- f) Technická rehabilitace - pomůcky ortopedické, ortoptické, akustické, protézy, odstraňování vnějších bariér
- g) Právní rehabilitace - zákony a směrnice k zajištění práv
- h) Ekonomická rehabilitace - organizace činnosti, produktivita



2.1.7. Deprivace

Deprivace je stav závažného dlouhodobého nedostatku v uspokojování životně důležitých psychických a sociálních potřeb (podnětů, bezpečí, uznání apod.), resp. jeho důsledky. Zdeněk Matějček spolu s Josefem Langmeierem jsou autory originálního konceptu psychické deprivace.

2.1.8. Paraplegie

Paraplegie je úplné ochrnutí poloviny těla, obvykle obou dolních končetin. Vzniká při poranění míchy, nebo u nádorů míchu stlačujících. Zároveň mohou být porušeny i nervy zásobující orgány malé pánve, např. močové a pohlavní ústrojí. Plegie je úplná neschopnost aktivního, volního pohybu, ochrnutí, částečná neschopnost aktivního, volního pohybu.

2.1.9. Kvadruplegie

Kvadruplegií se rozumí plné ochrnutí všech čtyř končetin. Kvadruparéza je částečné ochrnutí všech čtyř končetin. Vzniká při poškození míchy v oblasti přechodu krčního úseku do úseku hrudního.



2.2. Historie přístupu společnosti k různým formám postižení

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými a tělesnými vadami nebo duševním stavem či nemocemi. Jednotlivci i celá společnost se vždy nějakým způsobem museli vyrovnávat se svými odlišnými členy. Tento vztah se však v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti. Společnost na každé úrovni svého vývoje vytváří určitá pravidla soužití, hodnoty a normy, které se stávají součástí společenského vědomí i individuálních psychických vlastností jedince v průběhu socializace.

2.2.1. Závislost vývoje kultury na přístupu k postiženým

Hodnoty a normy dané společnosti vznikají v rámci určité kultury a jako takové jsou podmíněny historicky. Kultura tedy určuje, co je danou společností žádoucí nebo naopak nežádoucí, ovlivňuje posuzování jednotlivých jevů. Je zřejmé, že v průběhu historie a v závislosti na místě vzniku kultury se tyto hodnoty liší. Co je v dané kultuře považováno za žádoucí, může být v druhé odmítáno nebo být považováno přímo za patologické. Stejně tak v průběhu dějin platila mnohá pravidla a zvyky. Kultura (myšleno především hodnoty, normy a postoje), která se stává často určující součástí individuální psychiky jednotlivce vlivem socializace, tedy určuje to, co je správné nebo nesprávné.

2.2.2. Typy postojů společnosti k postiženým na různých úrovních vývoje lidské společnosti a v různých kulturách

a) Odmítání jedinců téhož druhu, kteří nevykazují známky stejného druhu

Toto chování spíše pozorujeme u zvířat. Na nejprimitivnější úrovni vývoje lidské společnosti pravděpodobně tyto vlivy přetrvávaly a měly za následek odmítání slabších či fyzicky postižených jedinců.



b) Vliv a tlak vnějších okolností – ekonomická situace skupiny

Ve společnosti, která jen s obtížemi zajišťuje své materiální přežití (jedná se nejvíce o dostatek potravy), nebo jejíž vnější podmínky života jsou mimořádně náročné, lze jen těžko předpokládat, že by si sociální skupina mohla dovolit živit jedince, kteří nemohou skupině přinést užitek, spíše ji zatíží nutnou péčí o něj. Kvalita každého člena skupiny je měřena jeho možným přínosem pro skupinu.

c) Postižení lidé jsou v populaci spíše výjimeční, neběžní a odlišují se tím ve svůj neprospěch od běžných norem populace

Tělesné či smyslové postižení je jev, který je nápadný tím, že je relativně zřídka. Podobně vzácní jsou i Héroové (neboli jedinci, kteří se rovněž odlišují, i když pozitivně).

d) Postižení se nevýhodně odlišují od určitého estetického ideálu kultury

Zvláště je to výrazný jev v antickém Řecku a Římě, kde celá kultura byla založena na souladu krásy těla a ducha (kalokagathia¹) a hodnota člověka byla posuzována podle obou těchto kritérií. Estetický ideál vytváří kritéria přijatelnosti vzhledu dítěte a i vlastní rodina často ukryvala tělesné postižené dítě, pokud těmto kritériím neodpovídalo.

e) Příčiny postižení byly zpravidla přičítány neznámým, negativním vlivům

Jedinec, který je takto zatížen je proto považován za potencionální nebezpečí pro skupinu, i když v tomto případě především proto, že reprezentuje vliv neznámých a tím už nebezpečných sil (např. uhranutí, očarování).

f) Postižení může být považováno za výraz určité vnitřní kvality, spíše ovšem negativní

Často se předpokládalo, a ještě dnes se můžeme setkat s názorem, že tělesně nebo smyslově postižený člověk má určité pokřivení charakteru. Postižení se tak stává znamením, stigmatem, které označuje takového jedince.



g) Vliv náboženských představ

V naší civilizaci se jedná především o židovské a křesťanské představy. Ve Starém zákonu nacházíme i náznaky chápání postižení jako známky zavržení (nepřijatelnost postiženého muže jako kněze) a tímto způsobem myšlení se setkáváme i v Novém zákoně. Na druhé straně se ve středověku objevuje postižený jako předmět soucitu a křesťanské lásky, ze které vyplývá nutnost péče o něj.

h) Určitý ambivalentní vztah k postiženým, který se objevuje i u jiných typů postojů k postižení

To, co člověka odpuzuje, zároveň ho i určitým způsobem přitahuje právě pro svou odlišnost a jinakost. Postižení byli zpravidla společností zavržováni, zároveň jim však byly připisovány magické schopnosti (např. prorocký dar slepců, znetvořená čarodějnice je vybavená kouzelnou mocí), které k nim přitahovali i když s příměsí strachu. (Vágnerová, Hadj.Moussová, 1999)

2.2.3. Vztah k postiženým jako výraz tolerance k odlišnosti

Ve výše uvedeném výčtu spíše negativních postojů společnosti k postiženým můžeme rozeznat řadu předsudků nebo stereotypů, které v zastřené či málo uvědomělé formě působí dodnes.

Respektování individuality je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebude postižený vnímán jen pod zorným úhlem postižení, ať už s odmítáním nebo soucitem.

1) Kalokagathia je ideál harmonického, všestranně (fyzicky i duševně) zdatného člověka.. Řecký ideál a cíl výchovy. Později také ideál human.vychovatelů popírajících středověkou askezi a zavádějících do škol i tělesnou výchovu (mj. i J. A. Komenský). Z řeckého kalos (krásný) a agathos (dobrý).



2.3. Sociokulturní status handicapovaného člověka

Zdravotní postižení je trvalou vlastností jedince, která bývá sociálně nápadná a znevýhodňující, proto může být pro postižené zařazení do společnosti zdravých obtížné. Tato role je většinou stigmatizující. Každé postižení má určitý subjektivní význam, který závisí na době jeho vzniku, na omezení, jež svému nositeli přináší, i na jeho sociálním hodnocení, tj. na způsobu, jak jej daná společnost přijímá. Zdraví lidé se obvykle k postiženému člověku, dospělému i dítěti, chovají ohleduplněji, ale zároveň mají tendenci jej podceňovat, nemají k němu stejná očekávání jako ke zdravým jedincům.

2.3.1. Postoje společnosti k postiženým lidem

Postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé či ambivalentní, často vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům. Postoje se vždy vytvářejí jako výraz snahy o subjektivně jasnější a jednodušší orientaci ve světě. Mají svou racionální i emotivní složku a projevují se v chování a jednání. Rozumová složka zahrnuje znalosti a informace, které člověk o problému má. Citová složka vyjadřuje základní hodnotící kritérium, odmítání či přijetí, které nabývá na významu zejména tehdy, když lidé o daném problému mnoho nevědí. Tak tomu bývá i v případě postojů k postiženým lidem. Vzhledem k tomu, že tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována, měla laická veřejnost o problémech, možnostech a omezeních handicapovaných lidí velmi málo informací.

Handicapovaní bývají předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Zároveň mohou vzbuzovat i hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout. Často vyvolávají také ostych, který je dán nejistotou a neznalostí, jak bychom se my zdraví k nim měli chovat. Sklon k negativnímu hodnocení a z toho vyplývající izolaci od postižených pramení z obecné dispozice reagovat na vše, co se nějakým způsobem liší od normy, jako na možné ohrožení. Postoje k postiženým bývají ovlivněny aktivizací takových pocitů. Zdravý jedinec si při setkání s postiženým člověkem více uvědomuje svou vlastní zranitelnost. Říká si, že i on může onemocnět, utrpět úraz a zůstat natrvalo handicapovaný. Neinformovanost zde hraje velkou roli, vzácnější postižení vyvolávají více strachu než běžné choroby.



2.3.2. Socializace postiženého člověka

Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí. Úraz s trvalými následky obvykle původní identitu rozbije.

Obnova přijatelného sebepojetí vyžaduje stejné úsilí jako rehabilitace somatických funkcí, někdy bývá i delší a obtížnější. Jde o vymezení nové identity, pochopení, kým je člověk nyní. V případě úrazu dochází k velice rychlé a náhlé ztrátě zdraví, takže u těchto lidí přetrvávají po určitou dobu dřívější postoje a teprve postupně dochází k přizpůsobení novým okolnostech. Postižený člověk musí překonávat mnoho překážek a potíží, a záleží na něm, jak je bude chápat a jaký pro něho budou mít smysl. Aby všechny problémy zvládl, musí si vybudovat novou sebedůvěru. Mnozí z dobře adaptovaných postižených, kteří tuto zátěž zvládli, interpretují tuto situaci jako výzvu. Jejich problémy pro ně měly smysl jako pobídka k hledání nového řešení. Na počátku, dokud handicap ještě není zpracován a zvládnut, postižení takový názor nemají. Teprve později, z nadhledu přijatelné pozice jsou schopni vidět svou situaci jinak. Vždycky k takovému posunu hodnocení dojít nemusí, lidé mohou svému trápení podlehnout a jejich osobnost se mění negativním způsobem. Pro zvládnutí takové zátěže má velký význam sociální a emoční zázemí, podpora rodiny, přátel nebo partnerů (Vágnerová, 2004).



2.3.3. Vztah postiženého člověka s rodiči

Rodiče se obvykle vrátí k pečovatelskému postoji, jaký zaujímali k malému dítěti. Postižený je manipulován do role ochraňovaného a závislého, od něhož se žádná aktivita nečeká. Ze základního významu vztahu mezi rodiči a jejich dítětem vyplývá mimořádná závažnost jeho působení. Zároveň to však znamená, že za určitých okolností mohou rodiče situace svého dítěte zhoršovat, mohou být přímo zdrojem nebo jednou z hlavních příčin problémů dítěte. Jsou zde dvě základní skupiny problémů:

- a) Kvantitativní hledisko – dětem se nedostává potřebného množství podnětů, které jsou důležité pro jejich další rozvoj.
- b) Kvalitativní hledisko – podněty jsou takového druhu, že způsobují dítěti obtíže a ovlivňují negativně jeho další rozvoj.

2.3.4. Vztah postiženého člověka s vrstevníky a přáteli

Tyto vztahy jsou ohroženy změnou potřeb a hodnot, rozdílnosti postoje ke světu atd. Navzdory často oboustranné úsilí zachovat dřívější role a úroveň vztahů vede změna osobnosti postiženého ke vzájemnému odcizení. Tyto vztahy musí rovněž projít proměnou, nemohou zůstat takové, jaké byly. Člověk po zranění, s nějakým trvalým omezením, se může stát pouhým pasivním příjemcem informací o dění, jež ho sice dříve zajímalo, ale nyní už pro něho není důležité. Jeho možnosti i zájmy se změnily. Mnohá přátelství a partnerství vyhasínají z důvodu aktuální rozdílnosti ve stylu života, v názorech a potřebách. Zpravidla nejde o rozchod, resp. opuštění kvůli sobectví zdravých, ale o ztrátu možnosti sdílení. Často o dřívější přátele nemá zájem ani sám postižený, protože se musí zabývat problémy, jimž oni nemohou rozumět. Důležité jsou zachované kompetence, které umožní sdílet společné aktivity a tak si uchovat i přátelské vztahy.



2.3.5. Partnerská role

Pro postiženého člověka má získání partnera ještě větší význam než pro zdravého. Kromě uspokojování v intimní oblasti jde ve větší míře i o sociální hodnotu partnerského vztahu, o jeho symbolický význam. Získání partnera funguje jako důkaz normality. Omezení kontaktů s různými lidmi omezuje i šance získat přátele či partnera. Sociální deprivace vede k tendenci fixovat se na jakéhokoliv člověka, který je nablízku (např. osobní asistent, personál nemocnice). Tato vazba bývá z hlediska zdravého partnera příliš silná, danému vztahu nepřiměřená a značně zatěžující, takže zpravidla odmítne. Je to jakýsi způsob sebeobrany před vztahem, který by jej pohltil. Postižený člověk od takového kontaktu očekává mnohem víc, než je běžné a než mu může reálně poskytnout, protože jeho potřeba citové vazby, partnerství i přátelství nebývá dostatečně uspokojována. V důsledku toho může po určité době vyústit v potřebu získat jakýkoliv vztah, bez výběru, kde je partner definován spíše dosažitelností než svými vlastnostmi.

Získat zdravého partnera se stává ideálem a potvrzením vlastní hodnoty. Často je k tomu tak bez ohledu na osobní kvality člověka. Slevit z tohoto ideálu ale bývá tak těžké, vztahová symetrie v páru, kde jsou oba určitým způsobem zdravotně znevýhodnění, je faktorem spíše stabilizujícím (Vágnerová 2004, s. 186-187).

2.3.6. Profesní role postiženého člověka

Dospělý člověk uspokojuje svou potřebu seberealizace v profesní oblasti. Závažně postižený jedinec nebývá omezen jen při volbě povolání, ale i při hledání vhodného místa. Dost často se stává, že tito lidé nemohou sehnat přijatelné zaměstnání nebo nejsou schopni zvládnout požadavky bez úpravy pracovních podmínek. Nástup do zaměstnání a nová konfrontace s majoritní, tj. zdravou, populací představuje určitou zátěž. Člověk je postaven do situace, kdy by se měl integrovat do společnosti, s níž leckdy nemá dostatek potřebných zkušeností a která na něho často působí jako stresující. Příčinou problémů může být jak nezralost a nepřiměřenost očekávání postižených, chybění potřebných profesních i sociálních dovedností, tak nepřipravenost zdravých lidí, jejich neinformovanost, neochota a přetrvávající předsudky, ale i nevhodné podmínky (nepřízpůsobené potřebám tělesně postižených).



Nutnost přijmout negativně vymezenou roli postiženého člověka, který sice má určitá privilegia, ale není akceptován jako rovnocenný, je těžké. Navíc mnozí postižení nedovedou řešit tyto problémy samostatně, mimo jiné proto, že jejich dosavadní výchova k tomu nesměřovala.

Pokud postižený zůstává izolován doma, ztrácí jednu osobně důležitou roli a postupně může dojít k úpadku jeho kompetencí, event. celé osobnosti. I v této situaci je pravděpodobnější, že její řešení bude extrémní (Vágnerová 2004, s. 184).

2.3.3. Rodičovství

Rodičovství je další možností uspokojení potřeby seberealizace, která je zdánlivě snadně dostupná i postiženým lidem. Děti fungují jako důkaz normality a potvrzení hodnoty člověka v rodičovské roli. Potřeba rodičovství má u postižených lidí mimo jiné také kompenzační význam. Její akcentace vyplývá ze skutečnosti, že některé oblasti seberealizace jsou nedostupné, a tím více nabývají na významu ty zbývající, jejichž uspokojení zdánlivě nic nebrání. Role dítěte je ve vztahu k dospělému vždycky, zejména však v prvních letech života, podřízená. Dítě potvrzuje autoritu a dominanci svou komplementární závislostí a nesamostatností. Tuto vztahovou variantu neprožívá postižený člověk často, většinou je tím závislým on sám. Proto pro něj může být tato zkušenost důležitá, bude posilovat jeho sebejistotu a sebeúctu (Vágnerová, 2004, s. 188).



2.4. Psychická adaptace na získané postižení

Později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma. Způsob, jakým se jedinec s takovou zátěží vyrovnává, závisí na dosažené vývojové úrovni, jako osobnostních vlastnostech i sociální podpoře nejbližších lidí. Prožitek ztráty vyvolává negativní emoční reakce, jako je deprese, úzkost, postižený člověk se trápí, vtírají se mu různé negativní myšlenky, kterých se nemůže zbavit, koncentruje se na tento problém a neustále se jím zabývá, cítí se ve své nové situaci osaměle.

Postižení, které vznikne v období dospívání, je zásahem do emancipačního vývoje, deformuje další rozvoj identity nebo jej přinejmenším zpomalí a zproblematizuje. Někdy může vést i k regresi na úroveň již překonané vývojové fáze. Avšak na druhé straně postižení vzniklá v této době zpravidla zásadním způsobem nenaruší již vytvořené vztahy se zdravou společností. Postižený člověk může být traumatizován, ale zůstává mu většina kompetencí, včetně běžných sociálních dovedností, které bude moci později uplatnit.

V dětství je reakce na nově vzniklé postižení ve značné míře ovlivněna způsobem, jakým se s ním vyrovnávají rodiče. Mladší děti často nejsou schopny pochopit význam této změny, protože reagují především na aktuální nepříjemnosti a omezení (Vágnerová 2004, s. 179).

2.4.1. Psychologická charakteristika pohybově postižených

Postižený člověk nemá takovou možnost setkávat se s druhými lidmi, má obvykle i menší zkušenost s různými sociálními situacemi, a tudíž se nemůže naučit, jak se v těchto situacích chovat, nebo ví, jak by se měl chovat, ale kvůli svému handicapu toho není schopen. Pokud má negativní zkušenost s určitou situací, má tendenci se těmto situacím nebo lidem vyhýbat. Je zde velké riziko izolovanosti.

Pohybové postižení nepříznivě ovlivňuje rozvoj všech funkcí, v této souvislosti jde především o omezení množství i kvality různých podnětů, o redukci zkušeností, zejména sociálního charakteru.



2.4.2. Fáze zvládání získaného postižení

1. **Fáze latence**, resp. nedostatečné informovanosti. Člověk ví, že utrpěl úraz, leží v nemocnici, ale zatím neví přesně, co se mu stalo a jaké to bude mít následky. Pokud je při vědomí, myslí si, že jde o přechodný problém, a věří, že se uzdraví. Zraněný jedinec, ať už dospělý, nebo dítě, zpravidla nebývá o svém stavu plně informován. Neví sice, co se sním děje, ale nemyslí si, že by byl takto omezen trvale, a proto nemá důvod uvažovat o změně svých životních plánů a hodnot. Může mít bolesti, strach z budoucnosti, strádá nucenou nečinností i bezmocností, ale jeho postoj se v zásadě nemění, cílem je úplné uzdravení.
2. **Fáze pochopení traumatizující reality**. Pacient prochází léčbou, ale po určité době, když se jeho stav nemění, sám pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví, nebo je v tomto směru informován lékařem. Reakcí na toto popírá, že by něco takového vůbec bylo možné.
3. **Fáze protestu a smlouvání**. Pacient v této fázi neguje všechno, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s lidmi, nechce žít, nechce rehabilitovat, protože život postiženého je pro něj nepřijatelný. Teprve postupně se smiřuje se svým stavem, ale také s osudem smlouvá a snaží se uchovat naději na lepší výsledek, někdy i nepříliš realisticky.
4. **Fáze postupné adaptace**, kdy se postižená učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí apod. Vědomí omezení mnohdy zbytečně blokuje rozvoj těchto kompetencí. Nemocný si nevěří, netroufá, neví, co všechno je za daných okolností možné, protože většinou nikoho podobně postiženého nezná. Někdy se naopak potřebuje dokazovat, že může víc, než je doporučováno, a posiluje si tak svou narušenou sebeúctu. Teprve v tomto období si většina postižených připustí, že došlo k zásadní změně jejich kompetencí a že na to nemohou nic změnit. Této skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování. Sociální adaptace je spojena s přechodovými rituály, které symbolizují změnu identity postiženého. Může to být například návrat do zaměstnání, mezi přátelé, na ulici města, kde žije apod. (Vágnerová, 2004, s. 179-180).



2.5. Sociální práce s tělesně postiženými

2.5.1. Sociální práce jako nástroj proti sociálnímu vyloučení

Pro dobrou orientaci v praxi sociální práce je důležité znát faktory ovlivňující život se zdravotním handicapem. Souvisí s potřebami, kterými je třeba při práci se zdravotně postiženými věnovat zvýšenou pozornost.

- **Biologické faktory** – zdravotní stav (onemocnění, zdravotní postižení), vrozené dispozice (dědičné vlivy, konstituční typ apod.).
- **Psychologické faktory** – osobnostní rysy, sebehodnocení a sebepojetí, aktuální psychický stav, schopnost řešit problémové situace.
- **Sociální faktory** – rodinné zázemí, společenský postoj, přátelé, schopnost navazovat a udržovat sociální vztahy a vazby.
- **Sociální a veřejná politika** – dostupnost adekvátních sociálních služeb, politika zaměstnanosti a trh práce, vzdělávání, bytová politika, dostupnost dopravy.
- **Noetické faktory** – morální a etické přesvědčení, náboženské přesvědčení, smysluplnost vlastního života, schopnost integrovaného vnímání životních zkušeností.

2.5.2. Nezávislý způsob života tělesně postižených

Aby byl člověk nezávislý, musí mít kontrolu nad svým životem. Nezávislost pro tělesně postiženého člověka garantují takové individuální zdroje a sociální služby, které umožní přístup ke stejným sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním příležitostem jako většinové populaci.



2.5.2.1. Život bez bariér

- **Fyzické bariéry** – reálná omezení prostředí, kde žijeme a každodenně se pohybujeme. Komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob s postižením v určitém prostředí.
- **Psychické bariéry** – jsou v mysli zdravých lidí i v mysli handicapovaných. Zdravý člověk se někdy střetnutí s handicapovaným vyhýbá. Důvody mohou být různé. Často neví, jak s handicapovaným mluvit, jak se k němu chovat. Někteří zdraví mají pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je bezmocný. Jindy jen neznají komplikace a rozsah omezení, které je s určitým tělesným postižením spojeno.

Člověk s postižením se cítí vyřazen ze společnosti právě do té míry, jak se k němu chová jeho okolí. Přítomnost fyzických bariér jeho situace jen zhoršuje. Navíc je závažným psychickým problémem pro zdravotně znevýhodněného samo vyrovnání se se změněnými možnostmi a perspektivami. Lidé se změněnou motorikou po úraze si mnohem intenzivněji uvědomují fyzické bariéry ve svém okolí než ti, kteří se už narodili s handicapem a od dětství jsou zvyklí na denní střety s překážkami. Schopnost adaptace na postižení přináší větší nároky na fyzickou kondici při běžných denních stereotypch.

2.5.2.2. Svépomocné aktivity

Svépomocné aktivity lidí s postižením je možné vnímat jako projev jejich nespokojenosti se stavem služeb, které se jim běžně nabízejí a poskytují. Má-li být svépomoc účinnou pomocí, je třeba, aby byly splněny některé podmínky. Především je nutné, aby společenský systém svépomocné aktivity alespoň připouštěl, pokud je již přímo nepodporuje, a veřejné klima by mělo být takové, aby svépomocné společenské aktivity přijímalo s pochopením a snažilo se je akceptovat a podpořit.

V takovýchto skupinách se sdružují lidé se stejnými nebo alespoň obdobnými potřebami. Každý chce především uspokojit své potřeby, ale zároveň si také uvědomuje, že bude mít větší šanci, když bude postupovat s těmi, kteří jsou v podobné situaci (Matoušek, 2005, s. 103).



V současnosti je v ČR několik sdružení zdravotně znevýhodněných. Existuje i řada nadací nebo sdružení zaměřených na pomoc handicapovaným lidem. Tyto organizace působí v oblasti legislativy, školství, zdravotní péče, politiky zaměstnanosti apod.

2.5.2.3. Seberealizace

Seberealizace je rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností člověka, uplatňování přirozených i utvářených dispozic jedince k určité činnosti, práci nebo sociální aktivitě. Seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce je u handicapovaných lidí daleko obtížnější, protože předpokladem její úspěšnosti je správně zhodnocení i rozvinutí těch schopností a dovedností handicapovaného člověka, které nezanikly kvůli defektu, nemoci či úrazu (Matoušek, 2005, s. 104).

Vedle rodin, škol, chráněných pracovišť, ústavů sociální péče apod. se problém seberealizace týká také tlaku společnosti na vztah zaměstnavatelů k zaměstnávání lidí se zdravotním znevýhodněním.

2.5.3. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích (např. poskytování asistenčních služeb, zabezpečení ekonomických a hmotných podmínek pro samostatný život, pomoc s výchovou dětí, zajištění úpravy bytu, automobilu apod.). Sociální rehabilitace může probíhat i formou *socioterapie* (náprava nebo usměrnění vztahů jedince a komunity či naopak, posílení sociálního statusu handicapovaného, jeho rodiny).

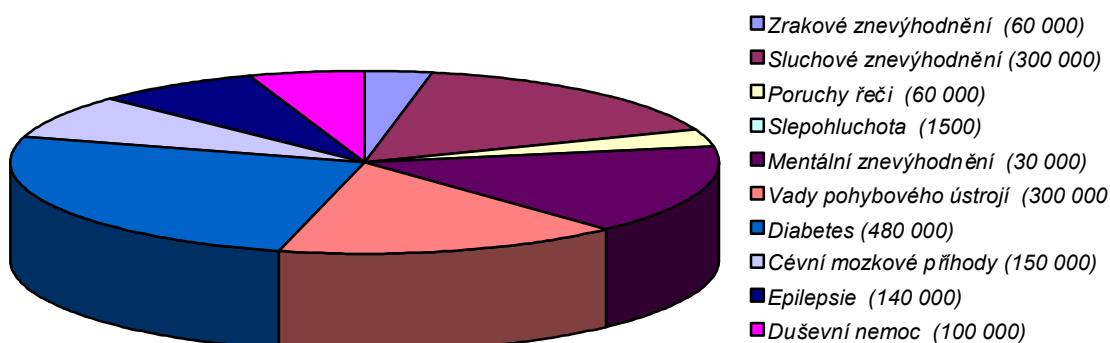
Kvalita handicapovaných lidí souvisí také s jejich *uspokojením v rodině*. Stabilita rodiny, tedy fungování všech jejích systémů a subsystémů, je považována za závažný test zralosti osobností partnerů.



Také práce patří mezi základní potřeby člověka, a pokud není saturována, dochází k frustraci, či dokonce ke stresovému stavu. Se sociální rehabilitací souvisí i pracovní rehabilitace. Tato rehabilitace může mít mnoho podob. Může to být ergoterapeutické zaměření aktivit v denních centrech (ačkoliv ergoterapie spíše spadá do zdravotní terapie a nepředstavuje v pravém slova smyslu integraci do světa práce), přes rekvalifikaci až k plnohodnotnému zaměstnání handicapovaného člověka v rámci chráněných dílen nebo přímo na trhu práce.

2.5.4. Odhad počtu zdravotně postižených v ČR

Graf č. 1



(<http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>)

Přesné údaje o počtu zdravotně znevýhodněných osob neexistují. Neexistuje systém předávání přesných informací mezi zdravotnickými a sociálními službami a v dostupných statistikách nejsou evidovány všechny druhy postižení. Závazná evidence je kvůli ochraně osobních dat zavedena pouze u některých onemocnění.

Jako podklady pro odhady zdravotně znevýhodněných lze využívat údaje od institucí, které těmto osobám poskytují sociální péči či pomoc.



2.6. Osobní asistence

2.6.1. Definice osobní asistence

Cílem poskytovaných služeb je pomoc člověku, který k životu pomoc druhé osoby potřebuje zvládat prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení. Cílovou skupinu tvoří lidé, kteří potřebují k životu pomoc druhé osoby.

Komplex služeb se skládá ze základních prvků obligatorních (závazných, povinných), pomoc při hygieně, při stravování, sebeobsluze, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů. Ze základních prvků fakultativních (nezávazných, nepovinných) je to poskytnutí informace (z hlediska zrakově postižených klientů je tento prvek obligatorní) a psychoterapie. Poskytování služby není časově ani místně ohraničeno.

2.6.2. Popis osobní asistence

Hlavním cílem osobní asistence, stejně jako jakékoliv jiné sociální služby, má být zachování integrity člověka i navzdory jeho nemohoucnosti plynoucí z postižení, stáří, nemoci nebo jiné příčiny. Nezbytnou podmínkou pro to je úcta k jeho důstojnosti, životnímu stylu a k naplnění jeho smyslu života. Cestou vedoucí k tomuto cíli jsou zejména služby umožňující občanům, kteří ke svému životu potřebují pomoc, aby mohli být doma a žít životem, který se co nejvíc blíží běžnému standardu.

Služby osobní asistence mají klientovi zabezpečit základní životní potřeby, a to jak biologické (například příjem potravy, toaletu, polohování, hygienu, dále dopomoc při obstarání domácnosti, při nákupech, pochůzkách atd.), tak společenské (např. při výchově dětí, při vzdělání a výkonu povolání, při kulturních a sportovních aktivitách). To vše je nutnou kompenzací zdravotního postižení (Hrdá, 1996).



Osobní asistence řeší sociální handicap (oddělení od společnosti v důsledku zdravotního znevýhodnění), je to tedy zabezpečení sociální, případné potřebné zdravotnické ošetřování musí být zajištěno jinými odborně připravenými osobami.

Rozhodnutí pro osobní asistenci nesmí vylučovat možnost volby dalších služeb, klient musí mít příležitost kombinovat osobní asistenci s dalšími instituty péče. Služby osobní asistence musí být poskytovány v nezbytně nutném časovém rozsahu podle vyhodnocení bodovacího systému.

2.6.3. Typy osobní asistence

2.6.3.1. Sebeurčující osobní asistence

Sebeurčující osobní asistence nevyžaduje žádné odborné školení asistentů. Jestliže je potřebné jakékoliv školení přesahující základní (všeobecné) vzdělání, jedná se o řízenou osobní asistenci.

Klient musí být schopen sám se podílet na sebeurčující osobní asistenci, tzn. že uživatel služeb musí být schopen vyškolit si osobního asistenta, organizovat a vést jeho práci. Jestliže toho klient není schopen, musí být o něho postaráno řízenou osobní asistencí nebo jinými způsoby péče.

2.6.3.2. Řízená osobní asistence

Řízená osobní asistence obvykle vyžaduje odbornou přípravu osobních asistentů. Týká se totiž osob, které potřebují specializovanou pomoc.

Klient tohoto typu osobní asistence neškolí své osobní asistenty a neorganizuje jejich práci. Osobní asistenti asistují buď osobám, pro něž z podstaty asistence samé vyplývá potřeba koordinace osobních asistentů zvenku, aby byla jejich kvalifikace využita co nejúčelněji, anebo osobám, které si nedovedou z podstaty svého postižení práci osobního asistenta řídit.



2.6.4. Osobní asistent

Osobním asistentem může být kdokoliv, kdo jím chce být, kdo vyhovuje klientovi a zároveň výše uvedeným předpokladům a podmínkám. Osobním asistentem může být rodinný příslušník, soused, přítel či známý, může mít jakékoliv povolání, i nevztahující se k osobní asistenci (student, umělec, technik atd.).

Nábor a výběr osobních asistentů si řídí každý poskytovatel podle okolností. Jiná bude situace ve velkém městě, jiná v malé vesničce, jiná tam, kde jde o řízenou, jiná při sebeurčující osobní asistenci. Důležitá je charakteristika skupiny, jíž se služba poskytuje, a také cíle, jichž chce poskytovatel dosáhnout.

Kromě obecných ukazatelů si tedy stanovuje každý poskytovatel ještě další požadavky tak, aby vše vzhledem ke kliente co nejlépe fungovalo. Někde dají přednost studentům, kteří sice vnesou do osobní asistence mladiství elán, mají však čas jen někdy, jinde starším usedlým osobám, které mohou kdykoliv. Potřeby a požadavky uživatelů jsou různé, a to nejen vzhledem k rozdílnosti daného postižení, ale i k různosti lidských povah. Konečným cílem je co nejvyšší souhra dvojice uživatel - osobní asistent, a ta závisí nejvíc na dobré vůli obou.

2.6.5. Předpoklady osobního asistenta

2.6.5.1. Tělesné a zdravotní předpoklady

Požadavky na tělesnou stavbu a tělesný stav osobního asistenta závisejí na klientově postižení a hmotnosti. Osobní asistent by měl mít takovou sílu, která odpovídá požadovanému výkonu, a měl by být tak šikovný, aby zvládal požadované úkony. Je nezbytné vyzkoušet tělesné možnosti s konkrétními osobami.

Uchazeč o práci osobního asistenta musí být natolik zdravý, aby ho vykonávání osobní asistence neohrožovalo.



2.6.5.2. Duševní předpoklady

Velmi důležité jsou při osobní asistenci duševní vlastnosti. Má-li totiž člověk určité psychické předpoklady, řeší se i těžkosti lépe. Avšak jestliže naopak scházejí, může se stát cokoliv úskalím, na němž se křehká lodička osobní asistence roztrhne.

Je samozřejmé, že bez kladného postoje k osobní asistenci jako takové, tj. k jejím cílům i cestám, by mohl osobní asistent jen stěží vykonávat tak obtížnou práci. Co je k osobní asistenci potřebné nejvíc? Dobrá motivace. Příčiny, proč má člověk zájem o takovou práci, mohou být různé, není-li však mezi nimi nejdůležitější a nejsilnější touha pomáhat, rozplynou se brzy všechny ostatní motivy jako dým (Hrdá, 1996)

Empatie, je něco, co je v práci pro druhé nezbytnou podmínkou. Je to však také vlastnost, která může přinést mnohé bolesti. Ne každý totiž umí nést břemena druhých, málokdo snese i jen pohled na postižení, ani si nechce připustit pomyšlení, že by cosi takového mohlo potkat i jeho samého, natož aby se do toho vcíťoval.

2.6.5.3. Požadavky na odbornost

Požadavky na odborné vybavení osobního asistenta se liší podle druhu osobní asistence. U sebeurčující se nepožaduje žádná kvalifikace. U řízené se eventuelně požadují znalosti a dovednosti podle jejího zaměření. A podle vzdělání by se měla řídit i mzda.

Základem práce osobního asistenta však zůstává dopomoc při zajišťování základních životních potřeb. Znalosti a dovednosti navíc lze získat kurzy, školeními a výcviky.



2.7. Legislativa

2.7.1. Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Dávky jsou poskytovány:

- osobám s trvalým pobytem na území ČR.
- osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům),
- občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce.

2.7.1.1. Poskytované dávky

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na zvýšené životní náklady
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům

Vedle dávek sociální péče se také poskytuje:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky



2.7.2. Deklarace práv zdravotně postižených osob

- vyhlášeno Valným shromážděním OSN, 1975
- „Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.“

Úmluva č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených

- 1985, Mezinárodní organizace práce
- osoba se zdravotním postižením = „každá osoba, jejíž vyhlídky nalézt a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního poškození“

2.7.3. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Tento nový zákon přináší podstatné změny v oblasti sociálních služeb. Hlavním cílem sociálních služeb je zabezpečit potřebnou pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci, do které se dostaly například z důvodu vysokého věku, nepříznivého zdravotního stavu nebo pro krizovou sociální situaci. Zákon podrobně seznamuje s novou právní úpravou a zaměřuje se zejména na podmínky nároku a výplaty příspěvku na péči jako nové peněžní dávky určené k zajištění potřebné pomoci a na podmínky poskytování sociálních služeb. Formou komentáře právních předpisů jsou popsány jednotlivé druhy sociálních služeb a vysvětlena pravidla pro jejich poskytování, zejména uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby mezi poskytovatelem a klientem, stanovení úhrady za sociální služby, získání registrace poskytovatelů služeb a provádění inspekce sociálních služeb včetně kontroly jejich kvality.



Zákon vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Lidé mají právo na to, aby žádali o pomoc a podporu ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci. Toto právo je založeno na obecném principu solidarity ve společnosti. Současně je jim zákonem garantováno, že poskytnutá pomoc a podpora musí zachovávat jejich lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a působit na něj tak, aby byla posilována jeho schopnost sociálního začlenění. Nárok mají lidé také na bezplatné sociální poradenství, které se vztahuje k možnostem řešení jejich nepříznivé sociální situace.

2.7.4. Sociální služby

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různé a proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb. Poskytnutí sociální služby má člověku pomoci, respektive podporovat jeho vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace. Sociální služba nemůže převzít odpovědnost člověka za jeho vlastní osud či životní perspektivu.

Sociální důsledky zdravotního postižení jsou kompenzovány formou peněžních příspěvků a sociálních služeb. Nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace jsou právě sociální služby a ty jsou poskytovány zejména ve formách:

- a) Poskytování technických pomůcek
- b) Služby osobní asistence
- c) Služby řešící problém dopravování žáků do škol a speciálních zařízení
- d) Pečovatelská služba – umožňuje handicapovaným zůstat v domácím prostředí a zachovat si svůj vlastní životní styl.
- e) Chráněné bydlení – poskytované služby podporují soběstačnost handicapovaného, případný návrat do vlastního domácího prostředí nebo alespoň zachování nebo obnovení původního životního stylu.



- f) Respitní péče – pomáhá rodinám, které celoročně pečují o handicapovaného člověka. Služby jsou poskytovány zejména formou doprovodů, péčí v domácím prostředí a také formou krátkodobých pobytů.
- g) Ústavy a domovy sociální péče pro tělesně postižené - tradiční forma komplexního zaopatření (ubytování, strava, ošetrovatelská zdravotní činnost, rehabilitace, možnosti společenských aktivit apod.) tělesně postižených občanů, kteří vlastními silami, s pomocí rodin ani při poskytování pečovatelských služeb nejsou schopni samostatného života.
- h) Penziony a domovy pro občany se zdravotním postižením – určené lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a kteří v této situaci nechtějí žít ve vlastním domácím prostředí. Dávají přednost službám, jejichž součástí je bydlení mimo domov.
- i) Poradenství - realizováno prostřednictvím poskytování rad, informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, dále odkazováním, aktivní pomocí při vyjednávání apod. Tato služba je poskytována lidem, kteří v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech nejsou schopni bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě.
- j) Ranná péče – orientována na celou rodinu handicapovaného. Do těchto služeb se promítají pedagogická, sociální a zdravotní opatření.
- k) Centra denních služeb – určena lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblasti osobní péče, používání veřejných míst a služeb, využití volného času, získání a udržení pracovního místa, uplatňování práv a nároků kontaktu s komunitou. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace nebo posílení jejich schopností a dovedností (Matoušek, 2005, s. 96).



3. PRAKTICKÁ ČÁST

3.1. Ústavy sociální péče pro tělesně postižené

3.1.1. Poslání ústavů sociální péče pro tělesně postižené

Tyto ústavy poskytují celoroční pobytové služby těžce tělesně postiženým osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc. Posláním zařízení je poskytovat péči tělesně postiženým občanům, jejichž životní situace vzhledem k těžkému tělesnému postižení vyžaduje pravidelnou péči a pomoc jiné osoby a tuto péči nelze zajistit v přirozeném sociálním prostředí, jinými dostupnými službami. Zpravidla se ústavy dělí podle věku klientů, tzn. do 18ti let a od 18ti let (ústavy sociální péče pro tělesně postižené a ústavy sociální péče pro tělesně postiženou mládež).

3.1.2. Služby poskytované v ústavech sociální péče

Poskytování služeb klientům v zařízeních těchto typů vychází z jejich osobních cílů a osobních plánů, ze souboru vnitřních pravidel zařízení a pracovních postupů. Zaměstnanci ústavů při poskytování služeb dbají na dodržování práv klientů a na jejich rovnoprávné postavení. Respektují jejich volbu a podporují individuální přístup vedoucí ke snižování závislosti uživatelů na službě. Poskytují se zejména tyto služby:

- a) Ošetřovatelská péče - Jednou ze základních služeb je komplexní, celodenní ošetřovatelská péče, kterou poskytují pracovníci sociální péče. Hlavním cílem je použitím vhodných metod všestranně uspokojovat potřeby uživatelů ve vztahu k udržení vzniklého nebo pozměněného zdravotního stavu. Ošetřovatelská péče tak zahrnuje veškerou činnost zabezpečující základní potřeby jako je osobní hygiena, hygiena bydlení a základní fyziologické potřeby.



- b) Zdravotnická péče - Zdravotní péče zahrnuje péči v rozsahu středního zdravotnického personálu. Zpravidla v ÚSP ordinuje praktický lékař, zubní lékař, gynekolog, neurolog a rehabilitační lékař. Práce zdravotní sestry v ÚSP není chápána pouze jako provádění činností ordinovaných lékařem, nýbrž osoba zdravotní sestry při zajištění provozu ústavu v tomto systému hraje zcela samostatnou roli. Tím je pro ni práce v ÚSP mnohem náročnější ve smyslu zodpovědnosti, sestra zde má jednoznačně vymezené kompetence a pracuje výrazně samostatně, což vyžaduje perfektní schopnosti organizace práce a taktéž náročnější přípravu.
- c) Sociální péče - Sociální služby poskytují dlouhodobou individuální, intenzivní a komplexní podporu klientům, založenou na důvěrném vztahu s konkrétním sociálním pracovníkem. Služba je určena všem klientům a jejich rodinným příslušníkům. Sociální pracovníci poskytují pomoc při vyhledávání a zprostředkování potřebné služby nebo v navazujících zařízeních a dále propojení jednotlivých služeb. Samozřejmostí je podpora při zvládání běžných činností, navazování, udržování a rozvíjení vztahu s uživatelem a jeho okolím, nacvičování konkrétních činností s cílem dosáhnout větší samostatnosti. Cílem služeb sociálních pracovníků je pomáhat lidem s tělesným postižením zlepšit kvalitu jejich života a sociálního fungování.
- d) Ubytování a stravování
- e) Pracovní činnosti
- f) Rehabilitace
- g) Volnočasové aktivity
- h) Poradenství

3.1.3. Klienti ústavů pro tělesně postižené

Mezi klienty ústavu patří převážně těžce tělesně postižení lidé s různou schopností soběstačnosti, sebeobsluhy a mobility. Mohou se objevit i přidružené mentální postižení, například pokud se jedná o DMO. Nejčastějšími klienty jsou lidé postižení po úrazech, lidé s roztroušenou sklerózou nebo právě lidé s DMO.



3.2. Řízené rozhovory s klienty Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích

3.2.1. Cílová skupina

Cílovou skupinou pro mě byli tělesně postižení klienti Ústavu sociální péče v Hořicích. Zaměřila jsem se na klienty, jejichž motorické postižení vzniklo po úraze. Těchto klientů není v ústavu mnoho. Převážnou část tvoří dospělí lidé s DMO nebo lidé, u nichž byla zjištěna roztroušená skleróza. Většina klientů má i přidružené mentální postižení. Pro mě byli cílovou skupinou lidé právě bez MP.

3.2.2. Metody práce s klienty

Jako vhodnou metodu ke zjišťování adaptace na nově vzniklé postižení a na změnu sociálního statusu jedince jsem zvolila řízené rozhovory přímo s klienty ústavu. Dopomocí mi byly zdravotní a sociální případové studie (kazuistiky). S doporučením sociálních pracovníků, vrchní sestry a lékaře jsem zvolila tři klienty, se kterými rozhovory uskutečním. V rozhovorech jsem musela zohlednit jejich momentální tělesný i psychický stav, důležitá byla i nálada klienta. Předem jsem klienty seznámila s tím, za jakým účelem rozhovory uskutečňuji a na co zjištěná fakta budou použita. S mými požadavky souhlasili, pokud nechtějí, nemusí na kladené otázky odpovídat. Uplatnila jsem princip aktivního naslouchání. Odpovědi jsem zaznamenávala do bloku.

3.2.3. Časové rozvržení rozhovorů

Přesné časové rozvržení rozhovorů jsem si nepředurčila. Většinou můj dialog s klientem trval okolo dvou hodin, v jednom případě pouze hodinu. Byla jsem omezena tím, že klienti mají přes den přesný časový harmonogram, tzn. rehabilitace, ergoterapie, vyšetření, obědy, svačiny apod. Jeden rozhovor jsem musela rozvrhnout na dvě etapy, kvůli zdravotnímu stavu klienta. Rozhovory se odehrávaly ve společenské místnosti ústavu, v zahradě ÚSP nebo přímo u klienta na pokoji. Dbala jsem na to, aby nás při rozhovorech nikdo nerušil, ač to nebylo vždy zcela možné.



3.2.4. Případová studie A

1) Základní údaje

Pan Boris K., narozen v roce 1956, v ÚSP žije 15 let. Má pouze sestru, se kterou se viděl naposledy před 5ti lety. Sestra žije na Slovensku, odkud pochází i on. S handicapem žije již 40 let.

Rozhovor se uskutečnil 14. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Pan Boris vyrůstal v normálním rodinném prostředí na slovenské vesnici. Vyrůstal v úplné rodině. Ve škole prospíval nadprůměrně. V 11ti letech se mu stal úraz lebky, kdy při závodním šermu byl zasažen do oka kordem a tím byla porušena pravá hemisféra mozku. Tento úraz měl za následek slepotu pravého oka a posttraumatickou encefalopatii, narušeno bylo též centrum řeči. Od té doby trpí dysartrií, chodí o berlích, dopadá na pravou nohu a neovládá pravou ruku. Základní školu nedochodil, musel být přemístěn do zvláštní školy (dnes speciální škola). V 18ti letech mu zemřel otec a matka už se o něj nedokázala starat kvůli svému zdravotnímu stavu a kvůli synově hyperaktivitě. Ještě nějaký čas byl doma a pak odešel do nedalekého domova důchodců, kde ale pro svůj handicap nemohl zůstat dlouho. Jeho pobyty v domově důchodců se střídaly s pobyty v psychiatrické léčebně, kde mu byla diagnostikována psychopatizací osobnosti. S rodinou už se v té době nestýkal, až na občasné návštěvy sestry. Ve 30ti letech byl přemístěn do ÚSP Terezín, kde byl do 36ti let. Tady byl podle svých slov pan Boris spokojen. Líbilo se mu prostředí a vycházel s tamějšími lidmi. Od 36ti let je v ÚSP pro TP v Hořicích. Předešlých pět let, vždy tři měsíce v roce, strávil pan Boris v Psychiatrické léčebně v Kosmonosech. Dnes už je podle svých slov v Hořicích spokojen, je na jednolůžkovém pokoji s výhledem do velké zahrady, s lidmi se tu příliš nebaví. Dny tráví buď sám v zahradě, v městském parku nebo ve městě mezi lidmi. Sestru naposledy viděl v roce 2002.

3) Současný stav

Podle lékařských zpráv a zdravotních kazuistik je k dnešnímu dni pan Boris jak po tělesné stránce tak po psychické v pořádku. Podle sociálních pracovníků a ergoterapeutky se někdy objevují výkyvy nálad, což je prý normální vzhledem k jeho diagnóze. Momentálně pan Boris řeší, jak si vylepší pokoj, je v dobré náladě.



4) Diagnóza

Po zasažení kordem pan Boris trpí posttraumatickou encefalopatií s psychopatizací osobnosti. Tělesný stav pana Borise je udržitelný a horšit už se bude jen vzhledem k věku, podle slov lékaře jednou skončí na invalidním vozíku. Dle svých slov se bojí, že bude muset zase do psychiatrické léčebny, a proto z vlastní vůle dochází na psychiatrickou ambulanci do městské nemocnice, což mu prý pomáhá.

5) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením *(skrytá otázka)*

Pan Boris si nepřipouští, že by se mu v životě stalo několik zlomových okamžiků, ale za nejtragičtější považuje samozřejmě nehodu, která se mu stala v 11ti letech. Ale už by to nechtěl vrátit zpátky, už je na sebe takhle zvyklý. O svém postižení mluví bez problémů, říká, že se se svým postižením asi nevyrovnal nikdy, ale dnes už si ho nepřipouští a žije, jak se dá. Je rád, že nemusí být na vozíku, zatím mu stačí berle. Prý mu sice všechno trvá déle, ale za to má lepší pocit, když někam dojde nebo něco udělá.

6) Výhled do budoucna

V nejbližší budoucnosti se pan Boris asi nejvíce těší na zájezd do Zoologické zahrady do Liberce, kam se chystají jet s ústavem za měsíc. Prý jednou byl ve Dvoře Králové nad Labem a moc se mu tam líbilo. Z té vzdálenější budoucnosti se těší na to, až přijede jeho sestra s dětmi, ale neví, kdy to bude. Naposledy ji viděl před 5ti lety, a to ho moc mrzí, ale věří, že v létě, až bude mít dovolenou, tak za ním přijede.

7) Z čeho má největší strach

Největší strach má pan Boris z toho, že se zase jeho psychický stav zhorší natolik, že bude opět neovladatelný.

8) Kdyby mohl mít tři přání, co by si přál

Pan Boris říká, že neví a je vidět, že o tom nechce přemýšlet. (Nechci se dál ptát, když vidím, že mu tato otázka je nepříjemná, netlačím na něj, odpovídat nemusí.)

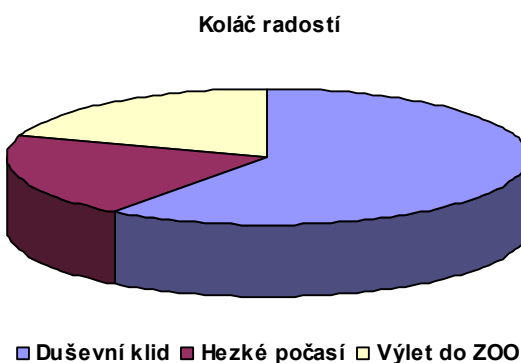
9) Čeho si na sobě nejvíce váží

Po dlouhé době přemýšlení (asi 5 minut) odpoví, že úplně nejvíce si váží toho, že několikrát klesl úplně na dno svých sil, ale zase se dokázal vrátit do relativně spokojeného života.

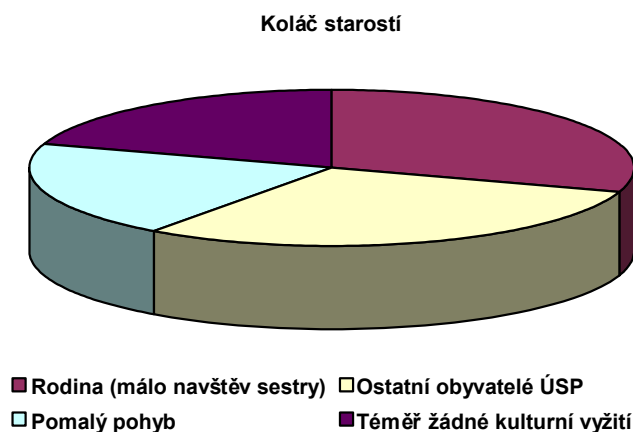


10) Koláč radostí a koláč starostí

Graf č. 2 – Koláč radostí A



Graf č. 3 – Koláč starostí A



11) Závěr

Vyjadřování pana Borise je v pásmu nadprůměru, má přehled o tom, co se děje doma i ve světě, poslední dobou hodně čte. Občas jsem pozorovala v jeho chování egoistické rysy, má sklon demonstrovat své kvality a zájmy. Při rozhovoru měl velmi dobrou náladu a ochotně odpovídal na mé otázky. Menší problémy měl, když měl vyznačit radosti a starosti, u tohoto „úkolů“ přemýšlel o něco déle. Zdá se být se svým handicapem smířený, žije s ním už 40 let, už si přesně nepamatuje, co to je být „zdravý“. O svém handicapu mluví bez problému (zdá se, že o něm mluví rád). Občas jsem v jeho mluvě zaregistrovala vulgarismy (např. když mluvil o ostatních obyvatelích ÚSP). Má větší potřebu neverbálního kontaktu (při rozhovoru mě několikrát chytil za ruku, koukal mi přímo do očí.) S postižením žije již dlouho, proto nelze přesně říct, jak a proč se změnil jeho sociální status.

Náš rozhovor trval přibližně dvě hodiny, bylo náročné ho ukončit.



3.2.5. Případová studie B

1) Základní údaje

Pan Oldřich K., narozen v roce 1967, v ÚSP žije 5 let. Je svobodný, otec zemřel, matka a bratr žijí ve východních Čechách nedaleko Hořic. Matka i bratr ho pravidelně navštěvují. Jednou za půl roku jezdí na 14 dní domů. Rodinné vztahy jsou velmi dobré. S handicapem žije 10 let.

Rozhovor se uskutečnil 18. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Pan Oldřich vyrůstal v úplné rodině ve větším městě ve východních Čechách. Vychodil základní školu a poté nastoupil do učebního oboru „Zedník“. Vyučil se a začal pracovat u jedné stavební firmy. Pak žil s matkou v panelovém domě v bytě 2+1. Ve 30ti letech, spadl na montáži ze třech metrů na kovovou konstrukci a pádem si přerušil míchu v oblasti 4. a 5. hrudního obratle. Půl roku po nehodě byl v nemocnicích v Hradci Králové a posléze ve Dvoře Králové nad Labem, kde se dozvěděl, že bude upoutaný na invalidní vozík. Dalšího půl roku s přestávkami strávil pan Oldřich v rehabilitačním centru v Kladrubech. Při pobytu v nemocnici mu lékaři zjistili roztroušenou sklerózu v raném stádiu. Do té doby pan Oldřich o své nemoci nevěděl. Po roce se vrátil nastálo domů k matce, která se o něj chtěla starat. Protože bydlel ve třetím patře, téměř se nedostával ven. V domě nebyl výtah, a tak se ven dostával pouze s pomocí bratra, který ho snášel. Vztahy s kamarády již neudržoval. Vzhledem k jeho zhoršujícímu se stavu z důsledku postižení roztroušenou sklerózou se po dvou letech pobytu doma rozhodl podat si žádost o umístění do ÚSP Hořice. Jako další důvod uvádí to, že už dále nechtěl obtěžovat matku a bratra. Další dva roky trvalo, než se v ústavu uvolnilo místo. V 35ti letech pan Oldřich nastoupil do ÚSP Hořice. Dnes už je tu 5 let. Jednou za půl roku si ho matka a bratr s rodinou berou na chalupu, kde tráví dovolenou. Od roku 2005 má pan Oldřich elektrický vozík. Vzhledem k RS pomalu ztrácí hybnost v levé ruce. V ústavu je podle svých slov docela spokojený, oceňuje bezbariérový přístup jak v celém areálu ústavu, tak i ve městě. Našel si zde kamarády, se kterými občas zajde do restaurace. Podle slov sociálních pracovníků je pan Oldřich naprosto bezproblémový klient, má velký smysl pro humor, zdá se být optimistický.



3) Současný stav

Současný stav pana Oldřicha lze hodnotit jako dobrý. Ke zhoršení dochází vzhledem k RS. On sám se cítí dobře, ale elektrický invalidní vozík by vyměnil opět za manuální, s tímto vozíkem se cítil menší, elektrický vozík je daleko větší a nevejde se s ním do všech dveří. Dnes se pan Oldřich chystá s kamarády na pivo do nedaleké restaurace.

4) Diagnóza

Pan Oldřich je paraplegik, zasažen je 4. a 5. hrudní obratel, je inkontinentní. Dá se předpokládat, že stav se bude horšit vzhledem k RS. Má velké problémy se spasticitou v dolních končetinách a s nehybností levé ruky. RS se dá označit jako typ primární progresivní.

5) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením *(skrytá otázka)*

Za zlomový okamžik pan Oldřich považuje výše zmíněný pád a následnou diagnózu, kdy mu kromě paraplegie byla zjištěna také roztroušená skleróza. Za těžké rozhodnutí v životě považuje to, kdy se rozhodl odejít z domu a přestěhoval se do ÚSP. S náhle vzniklým postižením se vyrovnával těžko, ale podle jeho slov mu hodně pomohl právě jeho životní optimismus. Je rád, že se nikdy neoženil, nechtěl by zatěžovat svým postižením a chorobou ještě někoho dalšího.

6) Výhled do budoucna

Nejvíce se těší na to, až v létě pojede s maminkou a bratrem na chalupu. O vzdálené budoucnosti příliš nepřemýšlí, i když občas ano, dále to nekomentuje.

7) Z čeho má největší strach

Obává se toho, že jednou bude upoutaný na lůžko a bude bez jakéhokoliv pohybu.

8) Kdyby mohl mít tři přání, co by si přál

Přál by si, aby ho neopustil životní optimismus, aby maminka a bratr s rodinou byli v pořádku. Ohledně svého zdravotního stavu prý žádné speciální přání nemá.

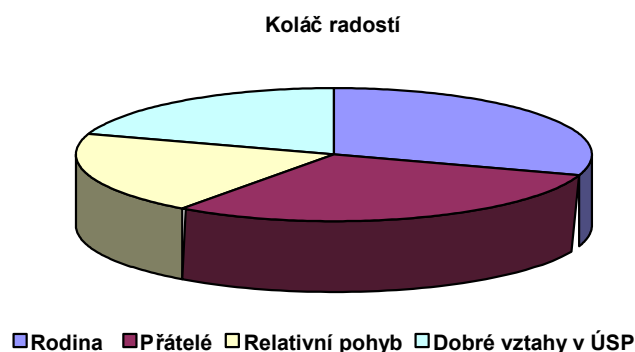
9) Čeho si na sobě nejvíce váží?

Konkrétně pan Oldřich neodpověděl, je šťastný, že ho rodiče vychovali k nesobeckosti, životní optimismus má prý po mamince.

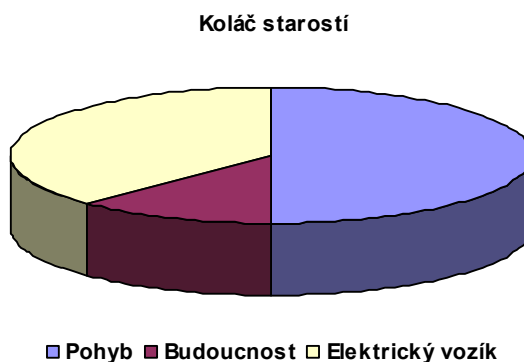


10) Koláč radostí a starostí

Graf č. 4 – Koláč radostí B



Graf č. 5 – Koláč starostí B



11) Závěr

Rozhovor jsem uskutečnila ve společenské místnosti ÚSP a trval zhruba hodinu a půl. Pan Oldřich byl velmi ochotný a laskavě odpovídal na všechny moje dotazy. Komunikace mezi námi byla bezproblémová, někdy hledal správná slova. Oční kontakt neudržel dlouho, zahlížel z okna. Občas mě udivil přehnaný, někdy křečovitý optimismus, možná přetvářka. Svoji dobrou náladu se snaží stále udržet. Podle ostatních obyvatel ÚSP i podle zaměstnanců je pan Oldřich mezi všemi oblíbený, nikdy neměl žádné konflikty větší povahy. Hodně mu pomáhají přátelé, které si zde našel a rodina, která za ním pravidelně dojíždí a bere si ho domů. Sociální status se změnil odchodem do ÚSP, ale vztahy s rodinou a přáteli nepřerušil, občas si stěžuje na svou finanční situaci. Pan Oldřich má tendenci přehrávat svůj zdravotní stav do extrémů, občas sám sebe zesměšňuje. Z našeho rozhovoru mi vyplynul dojem, že se pan Oldřich smířil se svým handicapem jen „navenek“, ale uvnitř smířený není, i když stále říká, že ano, že by stejně jednou skončil na invalidním vozíku kvůli RS. Možná i proto se rozhodl nebýt doma a raději odešel do ÚSP.



3.2.6. Případová studie C

1) Základní údaje

Pan Pavel R., narozen v roce 1949, v ÚSP žije 20 let, původně pochází z Prahy. Je svobodný, žádné přímé příbuzné nemá, matka zemřela, otce nikdy nepoznal a sourozence neměl. S handicapem žije 36 let.

Rozhovor se uskutečnil 21. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Pan Pavel se narodil v neúplné rodině, vychovávala ho pouze matka. Bydleli v rodinném domku po prarodičích na okraji Prahy. Vystudoval gymnázium a pak odešel na vojnu. Při jednom vojenském cvičení skočil do neznámé vody, na dně narazil hlavou na kámen a poranil si hrudní páteř v oblasti 3. a 4. obratle. Půl roku byl v nemocnici, pak byl propuštěn domů. Matka upravila první podlaží domu na bezbariérové, kde pan Pavel pobýval, matka se o něj starala a on byl na ni velice vázaný (podle svých slov). Přátelé mu zůstali, ale jen ti z gymnázia, přítelkyně, kterou měl na vojně, ho opustila. Nikdy nepracoval. V 36ti letech zemřela matka na infarkt myokardu a on si podal žádost o umístění do ÚSP Hořice. Po roce a půl se uvolnilo místo v ÚSP, pan Pavel domek prodal a odešel do Hořic, kde je již 20 let. Podle svých slov je už v ÚSP zvyklý (ale neříká, že je spokojen). Je věřící.

3) Současný stav

Dnes je pan Pavel pouze ležící, na invalidním vozíku pobývá minimálně, např. když jede na kontrolu do nemocnice. Trpí žaludečními vředy a ledvinovými kameny. S ostatními obyvateli ústavu dnes už příliš nekomunikuje, je na jednolůžkovém pokoji. Jediný kontakt je se zdravotními sestrami, občas s lékařem a se sociálními pracovníci. Je takto zvyklý. Zdá se být spíše odevzdaný než aktivní.

4) Diagnóza

Pan Pavel je paraplegik po poranění páteře v oblasti 3. a 4. hrudního obratle. Trpí žaludečními vředy a ledvinovými kameny. Problém je v tom, že pan Pavel chce být pouze ležící, na invalidní vozík nechce, i když by mohl vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.



5) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením (skrytá otázka)

Pan Pavel nejdříve nechtěl odpovídat (nenutím ho). Pak si to rozmyslel a řekl, že za největší zlom v životě považuje smrt maminky, kterou tolik miloval. Jeho zlomový okamžik vůbec nesouvisí s úrazem, jak sám řekl.

(Náš rozhovor byl přerušen z důvodu vyšetření pana Pavla)

6) Výhled do budoucna

Budoucnost nijak neplánuje, ani krátkodobou, ani dlouhodobou. Chtěl by dožít ústavu, je tam zvyklý. Dále tuto otázku nekomentoval.

7) Z čeho má největší strach

Nejdřív dlouho přemýšlel. Pak odpověděl, že prý nemá strach z ničeho, ani ze smrti.

8) Kdyby mohl mít tři přání, co by si přál

Teď už pan Pavel nemá konkrétní přání, ale když byl mladší, tak si přál poznat svého otce. Jeho matka o něm nikdy nemluvila. Přál by si vidět aspoň jeho fotografii nebo by chtěl vědět, jestli třeba ještě žije, protože už nikoho blízkého nemá.

(Rozhovor byl opět přerušen, tentokrát sociální pracovnící. Usoudila jsem, že v rozhovoru již pokračovat nebudeme z důvodu únavy pana Pavla, bylo vidět, že už se mu nechce odpovídat na mé dotazy, nechtěla jsem neléhat, proto jsem náš rozhovor ukončila již v této fázi.)

9) Závěr

Rozhovor probíhal na jednolůžkovém pokoji u pana Pavla. Ze začátku byl velice ochotný, bylo znát, že byl potěšený, že jsem si s ním přišla popovídat. Komunikoval se zájmem, odpovídal na mé dotazy týkající se dětství, maminky, života v Praze apod. Když přišlo na dotazy ohledně jeho osoby, bylo znatelné, že se mu nechce odpovídat, ze začátku se snažil přemýšlet nad odpověďmi, ale pak rezignoval a nechtěl odpovídat vůbec. Na této situaci se podepsal i fakt, že jsme byli dvakrát přerušeni. Myslím, že jsem náš dialog ukončila v pravou chvíli. Otázkám směřujících k handicapu se vyhýbal. V tomto případě je velice těžké posoudit, jestli se postižený se svým handicapem vyrovnal nebo ne, i vzhledem k faktu, že s handicapem žije již 36 let. Sociální status pana Pavla se určitě změnil úmrtím matky a odchodem do ÚSP.



3.3. Řízené rozhovory s handicapovanými jedinci, kteří žijí v domácím prostředí

3.3.1. Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou lidé žijící s tělesným postižením v domácím prostředí. Zaměřila jsem se na jedince, jejichž motorické postižení vzniklo po úraze. Cílovou skupinu jsem vyhledala ve svém blízkém okolí. Jednalo se o lidi, které znám.

3.3.2. Metody práce

Jako vhodnou metodu ke zjišťování adaptace na sekundárně vzniklé postižení a na změnu sociálního statusu jedince jsem zvolila opět řízený rozhovor. V rozhovorech jsem musela opět zohlednit momentální psychický i fyzický stav dotazovaného. Důležité bylo navodit vhodné ovzduší, od méně závažných témat přecházet k problémové oblasti. Při dialogích jsem se snažila pozorovat i neverbální projevy (mimika, proxemika, haptika, paralingvistika, gesta) dotazovaného, uplatnila jsem princip aktivního naslouchání (objasňování, reflektování, zrcadlení). V tomto případě mi nebyly dopomocí zdravotní ani sociální kazuistiky. Předem jsem dotazované seznámila s tím, za jakým účelem rozhovory uskutečňuji a na co zjištěná fakta budou použita. S mými požadavky souhlasili, pokud nechtějí, nemusí na kladené otázky odpovídat. Odpovědi jsem si zaznamenávala do bloku.

3.3.3. Časové rozvržení rozhovorů

Přesné časové rozvržení jsem si nepřeurčila. Většinou rozhovor s dotazovaným trval přibližně hodinu a půl. Dbala jsem na to, aby náš rozhovor nikdo nerušil. Několik dní předem jsem se domluvila s dotazovaným na čas, který by mu nejvíce vyhovoval. Rozhovory jsem uskutečnila v přirozeném prostředí handicapovaného, v jednom případě jsme se sešli v kavárně na přání dotazovaného.



3.3.4. Případová studie D

1) Základní údaje

Pan Petr T., narozen 1959, je paraplegik po autonehodě v roce 2003. Pan Petr žije se svou rodinou (družkou, synem a nevlastní dcerou) v bezbariérovém rodinném domě. Jeho rodina nikdy neuvažovala o tom, že by ho dala do ústavu pro zdravotně postižené. Je soukromý podnikatel.

Rozhovor se uskutečnil 24. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Pan Petr vyrůstal v úplné rodině v Bílovci. Vystudoval gymnázium a poté Vysokou ekonomickou školu v Praze. Ještě na VŠ se oženil, ale mladé manželství nevydrželo ani 2 roky. Ve 24 letech (již po vystudování) si vzal o 5 let mladší studentku VŠE a odstěhoval se do Jičína, kde žije dodnes. Po sňatku se jim narodil syn Jakub a o 6 let později další syn Jan. Janovi zjistili ihned po narození leukémii, kterou se ale podařilo po 4 letech zcela vyléčit. V 29ti letech zemřel otec Petra po suicidu. Když bylo Petrovi 30 let, zemřel mu o 3 roky starší bratr Jaroslav na infarkt myokardu. Po 8 letech ztroskotala i druhé manželství. Petr začal žít se stejně starou vdovou Janou – matkou 7leté dcery, se kterou žije dodnes. V té samé době začal pan Petr podnikat a založil si prosperující účetní firmu. Pan Petr ve svých 35 letech prodělal žloutenku typu B, která dodnes ještě není zcela vyléčena (stále bere léky a jezdí na testy do FN v Hradci Králové). Pan Petr je kuřák a sám přiznává, že vždy měl problémy se závislostí na alkoholu, s tímto problémem se potýkal už od raného mládí a také sám dodává, že zřejmě kvůli tomu ztroskotala i obě předešlá manželství. Se závislostí zápasil i ve vztahu s Janou. Když mu bylo 41 let, narodil se Janě a Petrovi syn Marek. Za 3 roky po narození syna Marka se Petr vracel autem od kamaráda, kde opět nedolal alkoholu a se 2,5 promile alkoholu v krvi havaroval před Hradcem Králové. Ve vážném stavu byl převezen do nemocnice v Pardubicích, kde ležel 3 dny v bezvědomí. Po mnoha vyšetřeních mu byla zjištěna míšní léze v oblasti 4. a 5. hrudního obratle. Po 2 měsících bylo Petrovi oznámeno, že už zřejmě nikdy nebude moci chodit. Až po roce v nemocnici a rehabilitačním centru se Petr mohl vrátit domů ke své rodině. Družka Jana zatím zařídila celý rodinný dům bezbariérově (žádné prahy, nájezd ke vchodovým dveřím, elektrická plošina do druhého podlaží). I firma díky dalším zaměstnancům fungovala a prosperovala.



3) Současný stav

Dnes je to něco téměř 4 roky po nehodě a pan Petr říká, že už mu málo co dělá problémy. Auto, ve kterém havaroval, je opravené a předělané na ruční řízení, řidičský průkaz mu zůstal. Rodinný domek je celý bezbariérový a na pozemku vedle domu staví i bezbariérovou kancelář. Práce mu zůstala, takže nemá problémy s tím, že by neměl zaměstnání. Nejvíce obtížné je pro něj zvládnout to, že už nemůže sportovat jako předtím. Před nehodou hrál závodně stolní tenis, v létě sjížděl vodu a v zimě lyžoval. Nyní Petr jezdí jednou za půl roku na 14 dní do sdružení Paraple do Prahy, kde provozuje různé zájmové aktivity.

4) Diagnóza

Poranění po autonehodě v důsledku požití alkoholu v r. 2004 došlo k transversální míšní lézi v oblasti 4. a 5. hrudního obratle. V důsledku tohoto poranění nemůže pan Petr chodit. Petr neovládá ani břišní svalstvo, a proto byl po úraze dlouho inkontinentní, což mu činilo velké potíže, dnes už tento problém dokáže ovládat. Petr občas trpí křečovými záškuby (spasmy) dolních končetin, které mu činí problémy.

5) Výhled do budoucna

Z bližší budoucnosti se pan Petr nejvíce těší na vodácký kurz pro paraplegiky od Paraplete. Na tu samou otázku týkající se vzdálenější budoucnosti Petr odpověděl, že by se rád těšil na to, až jednou bude chodit, ale sám dodává, že je to víceméně nereálné. Ale také dodává, že medicína jde kupředu a že nikdo nikdy nemůže vědět, co bude za 10 let.

6) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením *(skrytá otázka)*

Pan Petr podle svých slov má několik nejhorších zážitků. Nejhorší zážitek pro něj bylo úmrtí jeho bratra Jaroslava, pak když jeho otec spáchal sebevraždu. Za další považuje, když mu oznámili, že jeho syn Jan má leukémii a poslední nejhorší zážitek je moment, kdy si začal uvědomovat, že už opravdu nikdy nebude chodit. Podle Petra si tyto zážitky nedají srovnávat, protože každý z nich je nejhorší něčím jiným. Nejlepší zážitky jsou podle Petra tři: narození syna Jakuba, syna Jana a posledního syna Marka.

7) Z čeho má největší strach

Odpověděl, že se nejvíce bojí stárí, kdy se jeho už tak špatný zdravotní stav bude zhoršovat a on začne být svým nejbližším čím dál více na obtíž.



8) Čeho si na sobě nejvíce váží

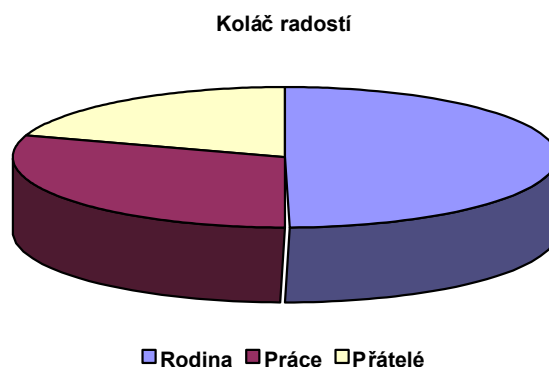
Nevíce si váží toho, že dokáže po tom všem, co se mu stalo, zabezpečit rodinu a že se naučil být téměř soběstačný.

9) Kdyby mohl mít tři přání, co by si přál

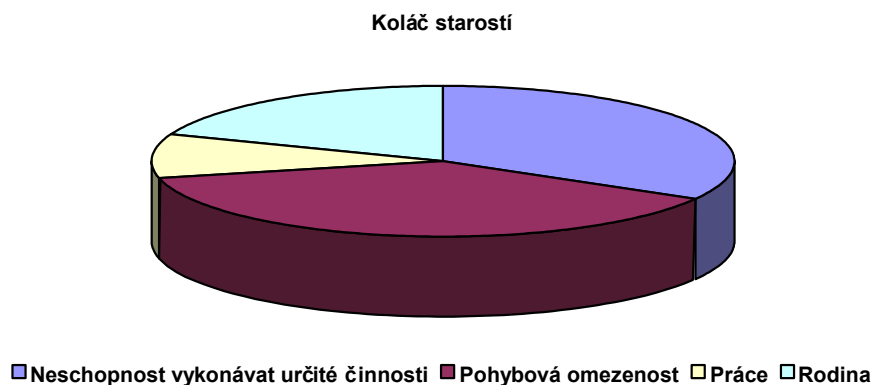
První přání Petra bylo vrátit čas tak o 4 roky (dále to nechtěl komentovat). Další jeho přání je vylepšit vztahy v rodině, hlavně se svými syny Jakubem a Janem. O třetím přání Petr dlouho přemýšlel a nakonec řekl, že by chtěl, aby byli všichni blízcí kolem něho spokojení, dodává, že těmi blízkými myslí družku Janu, syna Marka a nevlastní dceru Lenku, se kterou bohužel nemá nejlepší vztah.

10) Koláč radostí a starostí

Graf č. 6 – Koláč radostí D



Graf č. 7 – Koláč starostí D





11) Závěr

Rozhovor probíhal u pana Petra doma na zahradě a trval asi hodinu a půl. Působil velice sebevědomě a sebejistě. Komunikoval se zájmem, měl smysl pro humor. U rozhovoru byla i družka pana Petra Jana, která doplňovala některé souvislosti ohledně úrazu, jinak do rozhovoru nezasahovala, jen poslouchala. Všimla jsem si bohaté neverbální komunikace, kdy pan Petr používal ve větší míře gestikulaci, oční kontakt však neudržel dlouho, těkal očima, často se zadíval do země. Když mluvil o handicapu, mluvil tišeji, než normálně. Protože je pan Petr silný kuřák, u rozhovoru vykouřil nejméně sedm cigaret. Odpověděl však na všechny otázky, i když věděl, že nemusí. Občas měl tendenci sám sebe litovat, ale na druhou stranu se jevil jako člověk, který se dokáže dokonale předvádět a přetvářovat a způsob svého chování líčí jako nekonečné pozitivum.

Pan Petr několikrát za rozhovor řekl, že se se svým handicapem vyrovnal, ale na konci našeho rozhovoru přiznává, že tomu tak není. I můj dojem je takový, že se pan Petr se svým postižením nevyrovnal, i když tak zpočátku mohl působit. Paní Jana mi můj dojem potvrzuje při odchodu. Petrův sociální status se příliš nezměnil, stále má svou rodinu, stále má stejné přátele, práce mu také zůstala. Jeho finanční situace je více než dobrá.



3.3.5. Případová studie E

1) Základní údaje

Pan Roman Š., narozen 1985, je paraplegik po pádu z balkónu v roce 2000. Žije v úplné rodině, má mladší a starší sestru. Žije v bezbariérovém domě. Nikdo neuvažoval o tom, že by žil v ÚSP. Nyní studuje sportovní management na VŠ. Je profesionální sportovec, reprezentant ČR na paralympiádě v hodu diskem. Hraje první ligu florbalu, rekreačně lyžuje na monoski.

Rozhovor se uskutečnil 23. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Roman se narodil v úplné rodině v harmonickém prostředí. Prospíval jako každé dítě. Chodil na základní školu, rekreačně provozoval horolezectví a fotbal, byl nadaný sportovec. Úraz se mu stal v 15ti letech, kdy se vyšplhal na balkón do prvního patra za svou kamarádkou, ale protože přšelo, sklouzla mu noha a on spadl ze třech metrů na betonový povrch. Po mnoha vyšetřeních mu byla zjištěna míšní léze v oblasti 5. a 6. hrudního obratle. Několik měsíců ležel v nemocnici, pak byl přemístěn do rehabilitačního centra do Košumberku. Jeho rodiče zatím nechali rodinný domek předělat na bezbariérový. Po návratu domů Roman nevěděl, co bude dělat. Měl ukončenou jen základní školu. Na doporučení soc. pracovníka si podal žádost na Obchodní akademii pro TP v Jánských Lázních, kam nastoupil v roce 2002 a před rokem zde odmaturoval. Právě ve škole se dostal blíže ke sportu. Začal házet diskem, jezdit na monoski, hrát florbal. Tady se poznalo, že je velmi nadaný i jako tělesně postižený. Po roce začal slavit velké úspěchy na Mistrovství ČR i na Mistrovství Evropy pro handicapované sportovce. V roce 2003 získal zlatou medaili na ME v hodu diskem, v roce 2004 se dostal do Českého paralympijského týmu a v Aténách vybojoval stříbrnou medaili v hodu diskem. V roce 2006 se stal vítězem na ME ve Finksu. V zimě jezdí na soustředění do Rakouska, kde trénuje na monoski, také hraje 1. ligu ve florbalu. Ve školním roce 2006/2007 nastoupil do 1. ročníku vysoké školy, obor sportovní management. V místě svého bydliště získal ocenění za nejlepšího sportovce roku. Má spoustu kamarádů, jezdí s nimi pod stan, navštěvují koncerty, jednou se s nimi pokoušel horolezit na speciální plošině.



3) Současný stav

Roman je už sedmým rokem upoutaný na invalidní vozík. Podle svých slov si nemá na co stěžovat. Je úspěšným sportovcem, má přítelkyni (nehandicapovaná trenérka atletiky paraplegických dětí). Dnes už nemá čas přemýšlet nad tím, co se mu před sedmi lety stalo. Už je takhle spokojený. Říká, že kdyby se mu to nestalo, nikdy by tolik necestoval a díky sponzorům neřeší ani finanční situaci. Doma tráví málo času, stále jezdí trénovat nebo jezdí po závodech, našel si bezbariérový byt v místě, kde studuje.

4) Diagnóza

Po poranění po pádu z balkónu došlo k transversální míšní lézi v oblasti 5. a 6. hrudního obratle. V důsledku tohoto poranění nemůže Roman chodit. Schopnost ovládat břišní svalstvo je zachována. Občas trpí křečovými záškuby v dolních končetinách, hlavně po velkém fyzickém vypětí. Jiné zdravotní problémy nemá.

5) Výhled do budoucna

Z bližší budoucnosti se těší na dovolenou do Řecka, kam jede s přítelkyní. Bude to pro něj oddech po všem tom vypětí přes rok. V září ho čekají opět atletické závody a přes celý rok bude jezdit průběžně na zápasy ve florbalu. Tentokrát má léto ve volnějším tempu. Ze vzdálenější budoucnosti jmenuje to, že chce dostudovat a jednou by chtěl pracovat jako sportovní manažer. Také se chce kvalifikovat na paralympiádu do Pekingu v roce 2008.

6) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením *(skrytá otázka)*

Za zlomový okamžik považuje určitě právě pád, který ho upoutal na invalidní vozík, ale dnes už o tom tolik nepřemýšlí, momentálně má v hlavě jiné věci, které jsou pro něj daleko přednější než to, že se bude stále vracet do minulosti. Dnes o sobě může říct, že je spokojený.

7) Z čeho má největší strach

Prý nemá z ničeho největší strach. Když má něco přijít, tak to přijde a nikdo a nic to neovlivní. O takových věcech nepřemýšlí.

8) Čeho si na sobě nejvíce váží

Na sobě si váží toho, že má sportovní úspěchy takového rozměru. Byla k tomu náročná cesta, ale vyplatila se mu obrovská píle a vůle něco dokázat.



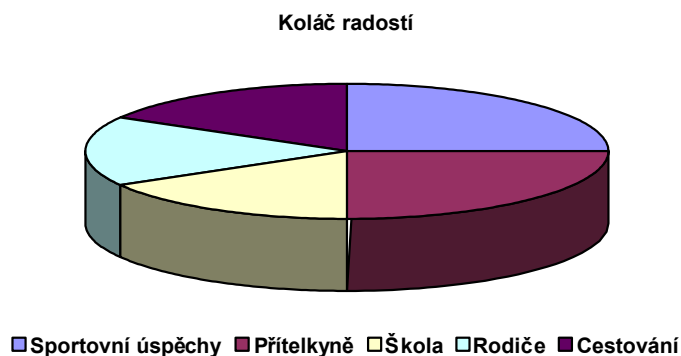
9) Kdyby mohl mít tři přání, co by si přál

Všechny tři přání shrnul do jednoho velkého přání. Chce být v životě šťastný. Dále to nekomentoval.

10) Koláč radostí a starostí

Roman se rozhodl, že vyplní pouze koláč radostí, o starostech nechce přemýšlet.

Graf č. 8 – Koláč radostí E



11) Závěr

Rozhovor se uskutečnil na přání Romana v kavárně. Působil velmi příjemným dojmem. Za dobu rozhovoru nás nikdo nevyrušoval. Při rozhovoru udržoval oční kontakt, výraznějších neverbálních projevů jsem si nevšimla, často se smál. Bylo na něm znatelné, že je spokojený. Působil velice sebejistě.

Jeho handicap mu „otevřel dveře“ k novým obzorům. Podle svých slov, nepřemýšlí nad tím, jestli se s handicapem vyrovnal, dříve o tom přemýšlel, dneska už na to nemá čas. Momentálně řeší jiné věci, které jsou pro něj aktuálně důležité. Ale jednou může přijít doba, kdy o tom začne uvažovat. V době, kdy ležel v nemocnici a dozvěděl se, že nebude chodit, mu hodně pomohli jeho kamarádi a rodiče. Určitě ze začátku trpěl depresemi, pak už ale na deprese nebyl čas (podle slov Romana). Jeho velkou výhodou je sport, díky kterému stále poznává nové a nové lidi, hodně cestuje. Sám říká, že nebýt TP, nikdy by takového úspěchu jako zdravý sportovec nedosáhl. Nejvíce mu psychicky pomáhá sport, rodina a přítelkyně. Romanův sociální status se určitě změnil, ale změnil se také v pozitivním smyslu.



3.3.6. Případová studie F

1) Základní údaje

Lukáš Š., narozen 1983, je paraplegik po nehodě na motocyklu v roce 2002. Žije v úplné rodině, má staršího bratra. Žije v činžovním domě v 1. patře, do bytu se dostává elektrickou plošinou, která je umístěna nad schody. Nikdo neuvažoval o tom, že by žil v ÚSP. Nyní pracuje jako počítačový grafik v jedné firmě. Rekreačně lyžuje na monoski.

Rozhovor se uskutečnil 29. června 2007.

2) Osobní anamnéza

Lukáš s narodil v úplné rodině v harmonickém prostředí jako druhé dítě. Byl bezproblémové dítě. Vychodil základní školu v místě bydliště, pak přešel na gymnázium do Hořic, kde v roce 2002 úspěšně odmaturoval. V létě po maturitě, když jel s kamarády na nedalekou přehradu na motocyklu, havaroval v 90 km/hod. Čtvrt roku byl v nemocnici na spinální jednotce, kde se dozvěděl, že bude upoutaný na invalidní vozík. Byla mu zjištěna míšní léze v oblasti 6. a 7. hrudního obrátle. Po pobytu v nemocnici byl přemístěn do Rehabilitačního ústavu do Kladruhu, kde si našel kamarády, se kterými se stýká dodnes. Rodiče mezitím připravili všechno proto, aby se Lukáš mohl vrátit do bezbariérového prostředí. Po návratu domů se pro něj všechno změnilo. Snažil se najít si práci, ale nedařilo se. Tehdy se snažil blíže seznámit s počítačem, postupně se naučil pracovat s různými grafickými programy. Po roce zkusil znovu odpovědět na inzerát ohledně práce, byl pozván na pohovor a nakonec byl přijat na pozici grafika. Výhodou tohoto zaměstnání je, že může tři dny v týdnu pracovat doma, do práce dojíždí jen dvakrát do týdne. Udělal si řidičský průkaz a jeho finanční situace mu povolila i to, že si mohl koupit starší auto, které si nechal předělat na ruční řízení. Přítelkyni nemá.

3) Současný stav

Lukáš je velice pracovně vytížen, pracuje i o víkendu a o svátcích. Jednou ročně jezdí na dovolenou na hory se svými kamarády, kde lyžuje na monoski. Když mu to práce dovolí, jezdí občas na rehabilitace do Paraplete. Přiznává, že by si chtěl najít přítelkyni, ale chtěl by aby nebyla tělesně postižená jako on. Přemýšlí o tom, že si najde vlastní byt a odstěhuje se od rodičů do 15km vzdáleného města, kde pracuje.



4) Diagnóza

Po úraze po motocyklové nehodě došlo k transverzální míšní lézi v oblasti 6. a 7. hrudního obratle. V důsledku tohoto poranění nemůže Lukáš chodit. Schopnost ovládat břišní svalstvo je zachována. Jiné zdravotní problémy nemá. Po úraze navštěvoval jeden rok psychologa.

5) Výhled do budoucna

V nejbližší budoucnosti se bude Lukáš snažit hledat bydlení v místě svého zaměstnání, chce se osamostatnit, s rodiči už bydlet nechce, i když pro něj hodně udělali a má je rád. Jeho starší bratr se taky v jeho věku odstěhoval od rodičů. Až získá dostatečnou praxi a vydělá si větší peníze, tak by si chtěl založit svoji vlastní reklamní firmu, kde by uplatnil svoje velmi dobré grafické schopnosti.

6) Zlomové okamžiky v životě – jak se vyrovnal s postižením *(skrytá otázka)*

Za zlomový okamžik považuje moment svého úrazu, kdy se mu obrátil život. Dalším zlomovým okamžikem pro Lukáše je návrat po úraze domů, prý to byla úplně ta nejtěžší etapa nově vzniklého postižení. Podle svých slov trpěl depresemi, přiznává, že párkrát pomyslel i na sebevraždu. Pod nátlakem rodičů pak docházel k psychologovi. Právě tahle životní etapa byla pro Lukáše ta nejhorší.

7) Z čeho má největší strach

Dnes už nemá z ničeho „největší“ strach. Jediné čeho by se Lukáš mohl obávat je ztráta zaměstnání, ale to okamžitě popírá. Pracuje v prosperující firmě, podle svých slov tam je docela oblíben a svou práci vykonává bezchybně, takže nevidí důvod, proč by s ním mohl být pracovní poměr rozvázán.

8) Čeho si na sobě nejvíce váží

Nejdříve Lukáš vyjmenoval své špatné vlastnosti, jako je tvrdohlavost a občasná sobeckost. Ale pak zapřemýšlel a odpověděl, že nejvíce ho těší jeho pracovitost a vytrvalost, protože kdyby nebyl pracovitý, tak teď sedí doma a trápí se (dle jeho slov). Občas se účastní přednášek pro žáky základních škol, kde mluví o tom, jaké to je žít s handicapem. Váží si na sobě toho, že v sobě našel odvahu mluvit o svém handicapu před „publikem“.

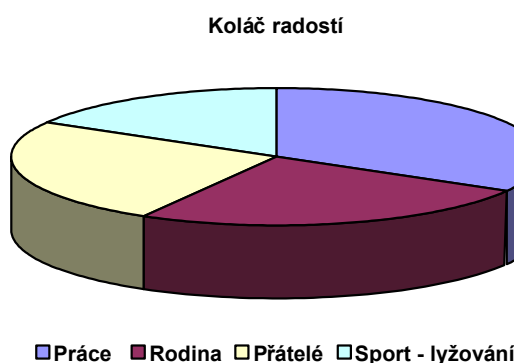


9) Kdyby měl tři přání, co by si přál

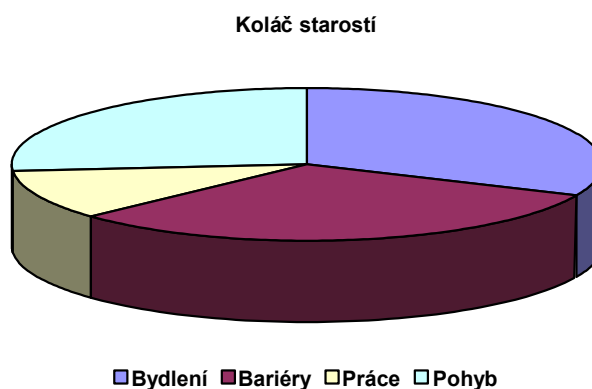
Aktuálně by si Lukáš přál najít bezbariérový byt, což je prý velký problém vůbec takový byt sehnat. Když se zamyslí nad vzdálenější budoucností, tak by si jednou přál děti (dále to nekomentoval). Jinak je prý celkem spokojený.

10) Koláč radostí a starostí

Graf č. 8 – Koláč radostí F



Graf č. 9 – Koláč starostí F



11) Závěr

Rozhovor se uskutečnil u Lukáše doma a trval přibližně hodinu. Působil velice mile a ochotně odpovídal na všechny kladené otázky. Nezaregistrovala jsem žádné výraznější neverbální projevy, oční kontakt udržel bez problému. Lukášovi hodně psychicky pomáhá ten fakt, že je tolik pracovně vytížený. Sám několikrát přiznal, že kdyby neměl práci, která ho baví, tak by na tom tak dobře psychicky nebyl. Někdy se na své zaměstnání až moc upíná a dává mu přednost před čímkoliv jiným. Několikrát v rozhovoru zopakoval, že je vděčný rodičům, bratrovi i kamarádům za velkou oporu. Jeho sociální status se příliš výrazně nezměnil, stále udržuje stejné vztahy jako před úrazem. Je znatelné, že je na svou práci pyšný a je rád, že není finančně ani jakkoliv jinak závislý na druhých lidech.



4. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na problematiku tělesně postižených jedinců, jejichž postižení vzniklo následkem úrazu. Zaměřila jsem se na to, jak se změnil jejich sociální status, jak se na svoje nově vzniklé postižení adaptovali, jak se změnil jejich vztah k rodině, přátelům, ostatním lidem a v neposlední řadě i k sobě samému. Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si vybrala tři klienty ústavu sociální péče a tři jedince, kteří žijí v domácím prostředí.

Pomocí řízených rozhovorů jsem zjišťovala výše uvedená fakta. Domnívám se, že jsme zvolila nejvhodnější metodu výzkumu právě pro tuto problematiku. Výhodou řízeného rozhovoru je fakt, že jsem mohla poznat dotazovaného v jeho přirozeném prostředí za přirozených podmínek. Další výhodou tohoto postupu spatřuji ve skutečnosti, že jsem kromě metody řízeného rozhovoru mohla uplatnit i další metodu případové práce, a tou je vlastní skryté pozorování, kdy jsem mohla sledovat jak verbální, tak i neverbální projevy dotazovaných, dále jsem se mohla zaměřit na to, jak dotazovaný jedná se svým okolím, jak nakládá s věcmi nebo jaká je úroveň jeho života a hmotné prostředí. Uplatnila jsem zde princip aktivního naslouchání, jako je povzbuzení dotazovaného, reflektování, parafrázování nebo zrcadlení. U případových studií klientů ÚSP mi byly poskytnuty k nahlédnutí sociální a zdravotnické kazuistiky a přínosem mi byly i informace od sociálních pracovníků a jiných zaměstnanců ÚSP.

Ze zjištěných skutečností mohu potvrdit svou hypotézu z úvodu mé bakalářské práce. Lidé, kteří žijí se svým handicapem v ústavu sociální péče, mají sice velmi dobře dostupnou zdravotnickou péči, ale zároveň citově strádají. Většinou jim chybí rodina nebo alespoň někdo blízký. Jen zřídka se tu objevuje opravdu přátelský vztah mezi dvěma obyvateli ÚSP. Přátelé z doby před úrazem jim nezůstali. Výrazně se jim změnil jejich sociální status. Dle mého názoru klienti ústavu soc. péče přijímají spíše pasivní způsob života, kdy ve většině případů spoléhají na pomoc a péči ostatních.



U jedinců, kteří se po úrazu vrátili do domácího prostředí, jsem došla k závěru, že se jejich sociální status výrazně nezměnil. Ve všech případech jim zůstala rodina, přátelé a u některých i zaměstnání. Na rozdíl od lidí, žijících v ÚSP, nepřijímají zcela pasivní způsob života. Sami se snaží něco dokázat sobě i svému nejbližšímu okolí. Jejich snaha mívá občas i negativní výkyvy, které dokazují, že se se svým postižením zcela nevyrovnali.

Na závěr můžu potvrdit, že u všech postižených jedinců hraje velkou roli silná vůle, která se však může lišit svou intenzitou.

Prováděný průzkum i působení ve jmenovaném ústavu sociální péče pro mě byl velice zajímavý a myslím si, že i v budoucnu bych se touto problematikou ráda zabývala.

SUMMARY

Změna sociálního statusu u jedince se změněnou motorikou po úraze

The Change of the Individual's Social Status with Changed Motoric after an Injury

Gabriela Ščotková

In my bachelory thesis, I concentrated on individual's adaptation to secondary motoric handicap after an injury. On the practical part, I chose three clients of Institution of social care for handicapped people and three persons from family environment. I monitored, how the social statues changed, in these cases. I chose method of structured interview and method of observation. An advantage of these methods is understanding persons in their natural environment.

I think, my hypotesis proved true. People, who live in Institution of social care, are emotionally affected, they lack for their family and friends from the time before the injury. Their social status is dramatically changed. However advatage of this insitution is the most available health care. These people are more likely to accent. pasive style of life. Mostly, they depend upon help and care of other people. The handicapped persons living in family environment after an injury, are more acitve. Their social status didn't change in most cases. Mostly, their family and friends stayed with them. Anyway their endeavour can have negative ups and downs and their will can have various intensity. After my research, neither group coped with seconadary handicap, from my point of view.

I suppose, my bachelory thesis is an interesting asset for my further activity and I think I would like to concentrate on this problematic in future. I am glad to meet with these people, who fight againts their fate and they live in hope. In some way, handicapped people could be an inspiration for healty people.

SEZNAM POŽITÝCH MATERIÁLŮ

A) Prameny

- Hrdá, J., Šroňková, M.: *Osobní asistence jako jedna z cest k samostatnému životu*, Pražská organizace vozíčkářů, Praha 1996
- Hrdá, J.: *Osobní asistence, Příručka postupů a rad pro klienty*, Pražská organizace vozíčkářů, Praha 1997
- Kopřiva, K.: *Lidský vztah jako součást profese*, Vydání 5., Portál, Praha 2006
- Králová, J., Rážová, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči*, vydání 1., Anag, spol. s r.o., Praha 2007
- Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupiny a práce s nimi*, vydání 1., Praha, Portál 2005
- Pascal, A.: *OECD: Boj proti sociálnímu vyloučení*, vydání 1., nakladatelství Jan, Praha 1999
- Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*, vydání 3., rozšířené a přepracované, Praha, Portál 2004
- Vágnerová, M. a kolektiv: *Psychologie handicapu*, vydání 2., Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 1999
- Vágnerová, M.: *Školní poradenská psychologie pro pedagogy*, Vydání 1., Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, Praha 2005

B) Sekundární literatura

Časopisy:

- Svět s Parapletem, březen 2005, vydává sdružení Paraple
- Svět s Parapletem, červen 2007, vydává sdružení Paraple

C) Užití encyklopedie a slovníky

- Vokurka, M.: *Praktický slovník medicíny*, vydání 3. rozšířené, Maxford, Praha 1995
- *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích*: vydání 1., Nakladatelský dům OP, Diderot, Praha 1997
- *Slovník cizích slov*: zpracoval kolektiv autorů a konzultantů Encyklopedického domu, spol. s r.o., Vydal Encyklopedický dům, spol. s r.o., Praha 1998

D) Elektronické zdroje

- <http://www.pecujici.cz><http://dchbrno.caritas.cz/files/skripta/specialnipedagogika.doc>
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením. Dostupné na:
<http://www.nrzp.cz>
- <http://www.paraple.cz>
- <http://www.helpnet.cz>
- <http://www.sons.cz>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Kompetence sociální pracovníka – Odborná stáž 2006/2007

Příloha č. 2 – Fotografie z výletu ÚSP Hořice

Příloha č. 3 – Fotografie z Josefovské zábavy ÚSP Hořice

Příloha č. 4 – Práva postižených

Příloha č. 1

Kompetence sociálního pracovníka/pedagoga - Odborná stáž 2006/2007

Gabriela Ščotková

Místo konání praxe:

*Ústav sociální péče pro tělesně postižené
Strozzio 1333
508 01 Hořice*

UMĚT KOMUNIKOVAT A ANGAŽOVAT SE		
Kritéria	Důkazy (popis situace)	Datum splnění
umí vést rozhovor s uplatněním neexpertního přístupu	Komunikace se všemi klienty, řešení běžných situací v mezilidských vztazích, komunikace se zaměstnanci ÚSP, umění naslouchat.	duben 2007
dovede se orientovat v situaci klienta	Všichni klienti ÚSP mají své kasuistiky, které jsou nezbytné pro práci s nimi, takže je nutné prostudovat jednotlivé spisy klienta, se kterým se aktivně pracuje.	duben 2007
naváže počáteční kontakt a definuje spolu s klientem jeho možnosti		duben 2007
komunikuje s klientem přiměřeně věkové kategorii a schopnostem (individuální zvláštnosti)	Komunikace s klienty ÚSP musí být přizpůsobena jak mentální, tak fyzické úrovni daného klienta. Většina tělesně postižených mají i přidružený mentální defekt.	duben 2007
navrhuje různá řešení a získává pro spolupráci s klientem jeho soc. okolí		duben 2007
iniciuje a realizuje spolupráci s ostatními organizacemi v zájmu klientů		duben 2007
účinně komunikuje a kooperuje se spolupracovníky na pracovišti	Občas vázla komunikace mezi nejvyšším vedením (tzn. ředitelem ÚSP) a sociálními pracovníky. Spolupráce mezi sociálním a zdravotnickým personálem byla výborná, což je důležité pro udržení pohody na pracovišti i pro samotné klienty.	duben 2007
POSODIT A PLÁNOVAT		
Kriteria	Důkazy (popis situace)	Datum splnění
umí sbírat, zaznamenávat a vyhodnocovat informace pro posouzení situace klienta	Spolupráce při posuzování úrovně bezmocnosti klienta pro účely dávek sociální péče, konkrétně určení výše dávek pro bezmocnost dle aktivních schopností daného klienta.	duben 2007
vyšetří potřeby klienta (materiální, sociální, osobní)	Tato komunikace byla každodenně nezbytná. Buď si klient sám řekl, co potřebuje, nebo se jeho potřeby zjišťovaly podle cíleného rozhovoru (dle mentálních schopností).	duben 2007
je schopen společně s klientem určit silná místa a zjistí, jaká má klient očekávání od něj a od organizace, dohodne se s klientem na prioritách	Rozhovory o očekávání klienta se uplatňují při přijímání nových klientů se samotným klientem nebo s rodinným příslušníkem, resp. opatrovníkem.	duben 2007
zná cíle organizace a dovede posoudit jejich funkčnost vzhledem k potřebám klientů	Předem jsem se seznámila s celkovým chodem a řádem organizace.	duben 2007
zná práva klienta /legislativa, v rámci organizace)	Seznámení s novým zákonem o sociálních službách a kodexem sociálních pracovníků.	duben 2007
plánuje společně s klientem, jaké jsou možnosti změny, co mu poskytne organizace, jaké jsou další zdroje včetně klientových	Klienti mají možnost pracovat v chráněné dílně nebo mají možnost přestěhovat se do chráněného bydlení do jiného města. Úkolem soc. pracovníka je důkladně vysvětlit veškeré změny, které by případně nastaly.	duben 2007
vede řádně záznamy a informuje spolupracovníky	Nutná kooperace se spolupracovníky, denně jsme konzultovali situace, se kterými jsme se během pracovní doby setkali, pokud situace vyžadovala, musel se udělat úřední záznam.	duben2007

PODPOROVAT A POMÁHAT K SOBĚSTAČNOSTI		
Kriteria	Důkazy (popis situace)	Datum splnění
umí poskytnout klientovi informaci o jeho právech a způsobu jejich uplatnění	Uplatnění nedirektivního způsobu rozhovoru a rozhovor přizpůsobit mentálním schopnostem daného klienta.	duben 2007
umí získat důvěru klienta a navodit atmosféru spolupráce (pomáhá klientovi vyjádřit své požadavky) - respektuje individualitu klienta (věk, rozumové schopnosti) a vytváří příznivé situace napomáhající rozhodnutí klienta	Důvěra je v tomto typu zařízení zřejmě to nejdůležitější. Hned po mém příchodu do ÚSP jsem se o to snažila a myslím, že se mi to povedlo.	duben 2007
umí poskytnout klientovi prostor pro samostatné rozhodování	V rámci klientových možností jsme klientům dávali prostor pro samostatné rozhodování o činnostech a aktivitách, kterým se chce věnovat.	duben 2007
je schopen poskytovat klientovi emoční podporu	S klientem jsem se snažila navázat takový vztah, aby měl důvěru svěřit se mi a aby se nebál říci o svých starostech.	duben 2007
chápe situaci klienta ve vazbách na okolní prostředí	V některých případech je nutné seznámit se s klientovými rodinnými vazbami, s některými rodinnými příslušníky jsem se dokonce setkala.	duben 2007
podporuje samostatné rozhodování klienta a pomáhá mu přebírat zodpovědnost a zabezpečovat jeho práva	Klienti jsou seznámeni se svými právy.	duben 2007
je schopen rozlišovat situaci, kdy je klient v ohrožení a kdy je třeba zasahovat přímo		duben 2007
ZASAHOVAT A POSKYTOVAT SLUŽBY		
Kriteria	Důkazy (popis situace)	Datum splnění
orientuje se v možnostech poskytování služeb a intervence (právních, organizačních, sociálních, emočních, osobnostních)		duben 2007
aktivně poskytuje informace o možnostech pomoci klientovi s přihlédnutím k jeho schopnosti porozumění		duben 2007
společně s klientem organizuje posloupnost služeb a intervencí podle vývoje potřeb klienta a podle reakcí klienta a jeho okolí		duben 2007
je schopen koordinovat poskytování služeb z různých zdrojů a přispívá k jejich vyhodnocení spolu s klientem a jeho okolím		duben 2007
vytváří příznivé okolnosti pro klienta k přijetí služby a adaptaci na ni	Nově příchozí klient byl většinou dobře přijat pracovníky ÚSP i ostatními klienty. Úkolem sociálních pracovníků je začlenit klienta do běžného chodu organizace.	duben 2007
motivuje a udržuje pracovní vztah s klientem a jeho okolím v procesu změny	Soustavná práce s klienty v rehabilitačním a terapeutickém procesu.	duben 2007
předchází zhoršení situace klienta včasnou a přiměřenou nabídkou pomoci a zajištěním následné péče	Důležitá spolupráce sociálních pracovníků a zdravotnického personálu, předchází zhoršení situace klienta. Včasný rozhovor s klientem může leccos zachránit.	duben 2007
umí přivést klienta k porozumění důsledků volby různých variant řešení problému (při ochraně dětí, nařízení soudu apod.) nebo důsledků rizikového chování		duben 2007
ROZVÍJET PROFESIONÁLNÍ KOMPETENCI		

Kriteria	Důkazy (popis situace)	Datum splnění
udržuje si celkový přehled o realizaci sociální politiky státu v praxi, sleduje vývoj zákonodárství v sociální oblasti	Navštěvovala jsem jednosemestrální kurz Sociálního zabezpečení a dále sleduji v tisku a v ostatních médiích vývoj sociální politiky v ČR	duben 2007
účastní se vzdělávacích akcí, sleduje odborné časopisy	ÚSP každý měsíc odebírá odborný časopis „Vozíčkář“	duben 2007
podílí se na hledání nových metod řešení		duben 2007
využívá efektivně supervizi, tzn. aktivně se připravuje, je schopen dohodnout se supervizorem priority a řídit vlastní rozvržení práce k dosažení dohodnutých priorit		duben 2007
využívá supervizi k identifikaci osobních stresů, jejich příčin a projevů, k emočnímu vyladění		duben 2007
umí se rozhodovat" kdy je třeba se rozhodnout samostatně a kdy po konzultaci s kolegy, identifikovat možná rizika spojená s různými alternativami	V některých situacích nebyla úplně možná konzultace s ostatními spolupracovníky, takže jsem se musela rozhodnout okamžitě na místě.	duben 2007
Kritéria	Důkazy	Datum splnění
PRACOVAT V ORGANIZACI		
rozumí struktuře organizace, jejím cílům, reflektuje pravidla a režim	Byla jsem seznámena s organizační strukturou organizace.	duben 2007
rozumí a aktivně přispívá ke zdrojům organizace (finanční-odkud přicházejí, jak se využívají, priority, hledání nových možností, lidské-požadavky na pracovníky, složení týmu, materiální-potřeby pracoviště s ohledem na zajištění vhodných pracovních podmínek i podmínek pro klienty)		duben 2007
podílí se na vyhodnocování efektivity a kultury práce v organizaci, na vytváření kritérií ke sledování efektivity služeb, reflektuje atmosféru v organizaci	Protože jsme byli dobrý kolektiv, hodnotili jsme efektivitu služeb i odvedené práce společně.	duben 2007
získává i poskytuje zpětnou vazbu kolegům, spolupracujícím organizacím	Spolupracovníci si poskytovali zpětnou vazbu navzájem	duben 2007
umí charakterizovat tým, identifikovat vlastní místo v něm a reflektovat vlastní přínos pro práci v týmu	Do ÚSP stále docházím jako dobrovolník	duben 2007
hledá nová řešení v rámci systému a navrhuje změny		duben 2007

Příloha č. 2



Foto z výletu obyvatelů ÚSP Hořice do Prahy (foto: Vladimír Sychra)

Příloha č. 3



Foto z Josefovské zábavy ÚSP Hořice (foto: Ing. Renata Zemková)

Příloha č. 4

Práva postižených

Preamble

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975. V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život.

Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů, stejně jako výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpríznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.

Článek 1: Způsob života

Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a na místa, kde chce žít.

Článek 2: Rodina a okolí

Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet ji a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů

Článek 3: Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc

Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu důvěře a úctě.

Článek 5: Bydlení a okolí

Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout, žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

Článek 6: Právo na technickou pomoc

Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

Článek 7: Účast na společenském životě

Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Článek 8

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

Závěr : Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení a svazy by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, jimiž jsou:

Právo na to, být odlišný

Právo na důstojný a odpovídající způsob života

Právo na integraci do společnosti

Právo na svůj názor a na jeho splnění

Právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít

- Chartu práv a povinností tělesně postižených vydala francouzská Organizace tělesně postižených (Assotiation des Paralyses de France - APF). Překlad Luboš Chaloupka.